



LES PRIORITES

Check-Lists, Indicateurs, Standards

- SITUATION AVEC DEPLACEMENT
DE POPULATION -

New version 2011
New version 2011

© Copyright texte et illustrations Médecins Sans Frontières 2006

Toute partie de ce document peut être copiée, reproduite ou adaptée pour répondre aux besoins nationaux, sans l'autorisation du propriétaire du copyright, si la source est mentionnée dans son entièreté : MSF, Les Priorités – Check-Lists, Indicateurs, Standards – Situation avec Déplacement de Population. Mai 2011. Médecins Sans Frontières, rue Dupré 94, 1090, Bruxelles.

Le propriétaire du copyright apprécierait que des copies de tout matériel contenant des parties de ce texte lui soient envoyées

Editeur

Sonia Peyrassol

Avec la collaboration de

Pascale Delchevalerie
Katharine Derderian
Pierre Boulet Desbareau
Evelyn Depoortere
Pieter De Voecht
Barbara Laumont
Peter Maes
Karen Van Den Brande
Michel Van Herp
Joos Van Den Noortgate

ATTENTION !

Ceci n'est pas Guideline

Ni un Mémento

Ceci est un “Pense-Bête”

A conserver dans votre poche !

Il contient toutes les petites et grandes choses que vous oubliez tout le temps...

Mais aucunes explications, ni aucun détails

Si vous avez besoin de plus d'explications, regardez dans le mémento consacré au sujet

Et si vous voulez toutes les explications et tous les détails, lisez les Guidelines

LES 10 PRIORITES

1. Evaluation initiale.....	5
2. Vaccination rougeole.....	9
3. Eau, Hygiène et Assainissement.....	10
4. Alimentation et Nutrition.....	19
5. Abris, Site Planning et Non Food Items.....	26
6. Soins de santé dans la phase d'urgence.....	29
7. Contrôle des maladies transmissibles et épidémies.....	30
8. Système de surveillance sanitaire.....	33
9. Ressources Humaines et Formation.....	37
10. Coordination.....	39

LES PRIORITES ADDITIONNELLES !

11. Sécurité (prévention et soins aux victimes de violences).....	40
12. Santé mentale.....	41
13. Protection.....	43
14. Témoignage.....	46
15. Proximité.....	48

PETITE BOITE A OUTILS

Communications Radio – Alphabet Phonétique

Chaîne de Froid – Températures

Table de Conversion

Check-List Aéroports et Pistes d'Atterrissage

Tableau chloration

LECTURES RECOMMANDEES

1. CHECK-LIST EVALUATION INITIALE

Contexte

Contexte géopolitique

- Cause du déplacement (*guerre, famine, catastrophe naturelle,...*).
- Durée du déplacement et conditions dans lesquelles il a eu lieu (*transport, accès, sécurité, actes de violence, perte des biens,...*).
- Situation politique et conditions de sécurité dans le pays d'origine.

Informations sur la situation sanitaire dans le pays d'origine

- Principaux problèmes de santé et nutritionnels, maladies à potentiel épidémique.
- Couverture vaccinale.
- Infrastructures de soins de santé, personnel disponible et utilisation de médecines traditionnelles.
- Principales croyances et traditions en matière de santé.

Informations Démographiques

Description de la population réfugiée/déplacée

- Démographie :
 - Estimation de la population totale (*réfugiés/déplacés et population locale, séparément*) + Répartition par site
 - Répartition par groupes d'âge (*au moins population < 5 ans et > 5 ans*)
 - Répartition par sexe
 - Taille moyenne des familles
 - Nombre d'arrivées et départs/semaine + nombre de nouvelles arrivées possibles
- Groupes vulnérables - importance, mécanismes d'adaptation et problèmes spécifiques :
 - Femmes enceintes et allaitantes
 - Femmes chef de ménage
 - Enfants non accompagnés
 - Personnes handicapées et les blessés
 - Personnes âgées (*vivent-elles seules ou sont-elles soutenues ?*)
 - Minorités
- Composition ethnique, lieu d'origine, appartenance à des clans,...
- Caractéristiques socioculturelles (*y compris type de leadership et organisation de la communauté, religion, us et usages particuliers,...*)
- Principale source de revenus dans le pays d'origine (*agriculteurs, éleveurs, commerçants,...*)
- Source de revenus dans le pays d'accueil (*vendre du bois, travailler dans les champs de la population locale,...*)

Santé

Mortalité / Morbidité

- Taux de mortalité (globale et moins de 5 ans) (*avant déplacement, pendant déplacement, depuis l'arrivée dans le pays d'accueil*)
- Causes de la mortalité
- Données de morbidité pour les maladies les plus courantes
- Présence de maladies à potentiel épidémique
- Etat psychologique

Etat nutritionnel

- Prévalence de la malnutrition aiguë globale et sévère chez les enfants de 6-59 mois ou 65-110 cm
- Cas évidents de malnutrition dans d'autres groupes (*adolescents, adultes,...*)

Services et infrastructures de santé

- Accès
 - Accès de la population affectée aux services de santé locaux existants
 - Capacité de ces services de santé locaux d'absorber l'afflux de personnes affectées par l'urgence
 - Les patients doivent-ils payer pour la consultation et/ou les médicaments (*système de recouvrement des coûts*) ?
- Services
 - Nombre et type de services de santé disponibles
 - Niveau de support (MinSan ou ONG)
 - Niveau de fonctionnement
 - Nombre de lits : total et actuellement occupés
 - Nombre moyen de patients vus/jour : il y a 6 mois et actuellement
 - Nombre moyen d'accouchement/semaine : il y a 6 mois et actuellement
 - Présence d'une salle d'accouchement et d'une salle d'opération
 - Nombre, type, taille et capacité des services de santé mis en place pour la population affectée, si séparés
 - Adéquation de l'approvisionnement en eau, la chaîne de froid, les générateurs ou électricité de ville, la gestion des excréta et déchets, la nourriture pour les patients et/ou malnouris.
- Personnel médical
 - Types et nombre de personnel médical/services de santé et aptitudes et expériences utiles disponible dans la région d'accueil
 - Personnel médical présent parmi la population réfugiée/déplacée (*y compris soigneurs traditionnels, matrones et spécialistes en eau, hygiène et assainissement*)
 - Disponibilité d'interprètes
- Médicaments et matériel médical
 - Disponibilité de médicaments essentiels et matériel médical
 - Disponibilité de vaccins essentiels et matériel de vaccination

Besoins Vitaux

Nourriture

- Ration individuelle - Quantité : nombre de calories/personne/jour
- Ration individuelle - Qualité (nutriments et micro-nutriments ¹)
- Distribution alimentaire : qui distribue quoi, combien de fois/mois, quand a eu lieu la dernière distribution
- Accès aux distributions alimentaires : pourcentage de familles qui reçoivent une ration adéquate
- Habitudes alimentaires de la population: aliments de base, type de repas, nombre/jour, interdits culturels
- Surveillance de la disponibilité en nourriture : stocks individuels (bétail, nourriture,..), stocks sur le site, sur le marché local.
- Récoltes : que cultivent les gens dans cette région ? quand ont-ils récolté pour la dernière fois, quand aura lieu la prochaine récolte ? quand aura lieu la période de soudure ?

Eau

- Source d'approvisionnement en eau (*rivière, puits,...*)
- L'accès à l'eau est-il gratuit ? (*Dans certains cas les gens doivent payer pour prendre l'eau d'un puits, par ex.*)
- Quantité (litres/personne/jour) et qualité
- Pourcentage de familles qui ont suffisamment de moyens adéquats pour transporter l'eau et la conserver
- Nombre, type et localisation des points d'eau

¹ Les micronutriments sont des substances nécessaires uniquement en quantité infime mais essentielles à la croissance et au bon développement; les conséquences de leur absences sont sévères. Ex. Iodine, vitamine A et fer.

Hygiène et assainissement

- Dispositif actuel d'élimination des excréta, types et nombre
- Comportements et pratiques locales vis-à-vis de la défécation
- Hygiène générale sur le site
- Disponibilité et utilisation du savon
- Présence de maladies transmises par des vecteurs
- Adéquation des cimetières/crématoires

Abris et Non-Food Items

- Types d'abris utilisés, pourcentage de familles qui ont des abris qui les protègent
- Surface des abris disponibles par réfugié + Nombre de personnes par abris
- Quels matériaux peut-on trouver localement pour construire des abris ?
- Pourcentage de familles qui ont des ustensiles de cuisine, des couvertures, des vêtements,...
- Quel type et quelle quantité de biens personnels les réfugiés/déplacés ont amenés avec eux ?
- Quel type d'énergie est utilisée pour cuisiner, est-ce disponible localement en suffisance, est-ce accessible ?

Sécurité

- Situation politique et conditions de sécurité dans le pays d'accueil
- Les réfugiés/déplacés sont-ils acceptés par les autorités et la population locale, et si oui, jusqu'à quel point ?
- Sécurité du site d'installation des réfugiés (*présence de militaires/rebelles, mines,...*)
- Y-a-t-il une protection assurée par les autorités ou une agence internationale ?
- Dans quelle mesure le manque de sécurité affecte-t-il la survie (accès à la nourriture, à l'eau, au bois de chauffage,...)
- Nombre d'incidents violents rapportés (*viol, coups, vols, coups de feu,...*)
- Pourcentage de consultations dues à un incident violent

Environnement

- Environnement dans lequel les réfugiés se sont installés : caractéristiques physiques du site (topographie, sol,...) et environs (plan du site)
- Distance de la frontière, des villages/villes, des camps militaires,...(à indiquer aussi sur le plan)
Accessibilité au site
- Information relative au climat (*conditions climatiques attendues tout au long de l'année : pluie, neige, t° élevées,...*)
- Information relative aux risques environnementaux
- Surface totale disponible par réfugié + possibilité d'extension

Coordination

- Comment les réfugiés/IDPs sont-ils organisés ? Y-a-t-il des leaders par groupe ou communauté ? Ces leaders sont-ils acceptés/reconnus par la communauté ? Quel est leur rôle, sont-ils réellement actifs ?
- Quels sont les besoins perçus par la population et les leaders ?
- Quelle est la capacité de réponse locale ?
- Quelles organisations locales ou internationales sont présentes et quelles sont leurs activités ?
- Qui est en charge de coordonner les activités liées à la santé, l'eau et l'assainissement ?
- Qui fournit quels services dans ces secteurs d'activité ?
- Qui coordonne la fourniture et distribution de nourriture à la population réfugiée/déplacée ?
- Qu'ont-ils réalisé jusqu'à présent ?

Logistique

- Accès : comment (*par avion, par route,...*), durée d'accès (*km, heures,...*) et état des routes (*état, accessibilité durant les différentes saisons et pour quel type de véhicule, capacité des aéroports/pistes fonctionnels, chemin de fer, bateaux,...*)
- Transport : possibilité de louer des véhicules, de trouver du carburant,...
- Communication : systèmes disponibles (*ligne fixe, téléphone mobile,...*) et autorisés.
- Energie : quel est le système d'énergie ? Si des générateurs sont nécessaires : possibilité de trouver du carburant,...
- Chaîne de froid : y-a-t-il quelque chose qui peut être utilisé localement ? (Chaîne de froid PEV, frigos, glace sur le marché,...
- Logement : hôtels, guesthouses pour staff non-résident, maisons à louer pour le bureau, le logement du staff,...
- Entrepôts : disponibilité, capacité, adéquation et sécurité des entrepôts à louer,...
- Approvisionnement : que peut-on acheter sur le marché local (*matériel de construction, carburant, nourriture, papeterie,...*).
- Finance : comment peut-on sécuriser le transfert d'argent ? y-a-t-il des banques,...

2. ROUGEOLE

Seuil épidémique en milieu fermé : 1 cas

Stratégie :

- Campagne de vaccination de masse
- Vaccination sélective de routine
- Screening et traitement des cas

Campagne de vaccination de masse

Objectif	<ul style="list-style-type: none">- 100 % couverture- $\geq 95\%$ couverture = acceptable- Si couverture $< 95\%$ → séances de rattrapage
Population cible	<ul style="list-style-type: none">- Tous les enfants de 6 mois à 12/15 ans
Contre-indication	<ul style="list-style-type: none">- Femmes enceintes
Vaccin et diluant	<ul style="list-style-type: none">- Min. - 20° C Max. + 8° C- Conserver à l'abri de la lumière (aussi sur le site de vaccination)- Vaccins et diluants doivent être à la même t° au moment de la reconstitution

Vaccination sélective de routine

Quand	<ul style="list-style-type: none">- Dès que la campagne de vaccination de masse est terminée et quel qu'en soit le résultat
Population cible	<ul style="list-style-type: none">- Tous les enfants de 6 mois à 12/15 ans qui ne peuvent prouver une vaccination antérieure- Tous les enfants vaccinés avant l'âge de 9 mois à re-vacciner après l'âge de 9 mois

Screening et traitement des cas

Screening des cas	<ul style="list-style-type: none">- Par les structures de santé- Par les agents de santé communautaire et/ou home visiteurs
Traitement	<ul style="list-style-type: none">- Isolation systématique des cas de rougeole- Traitement systématique pour tous les cas de rougeole- Traitement spécifique en cas de complication

N'oubliez pas la corrélation importante entre la rougeole et la malnutrition

- Les enfants qui ont la rougeole doivent recevoir un traitement nutritionnel supplémentaire pendant au moins 4 semaines
- Les enfants sévèrement malnouris sont souvent des enfants qui ont eu la rougeole mais n'ont pas reçu le traitement adéquat

3. EAU – HYGIENE - ASSAINISSEMENT

Eau - Quantité/Qualité

Pas de pathogènes	Teneur en chlore résiduel libre aux points de distribution : <ul style="list-style-type: none"> • 0.2 - 0.5mg/l (pH < 8) pendant au moins 30 minutes • 0.4 - 1.0mg/l (pH > 8) pendant au moins 60 minutes Si la chloration n'est vraiment pas possible : <ul style="list-style-type: none"> • Coliformes fécaux < 10/100 ml aux points de distribution
Faible turbidité	< 5 NTU < 20 NTU acceptable en phase d'urgence
Faible concentration en produits chimiques	Spécifique au contexte – en cas de doute, contacter le siège
Acceptable pour les usagers	Incolore, inodore, insipide et non salée (< 2000 µS/cm ²)

Besoins Essentiels en Eau et Assainissement dans les Structures de Santé

Ceci sont les minimum à respecter, vous êtes bien sûr autorisés à faire plus... mais pas moins !!!

Eau

Structures de santé	Litres/personne/jour
Clinique mobile – visites irrégulières	2
Clinique mobile – visites fréquentes (sous tente/bâtiment existant)	5
Centre/poste de santé	5
Hospitalisation	40 – 60*
Chirurgie/Maternité	100 litres/intervention (stérilisation non comprise)
Blanket feeding	0.5 (5 litres si long temps d'attente)
CNS – CNT ambulatoires	5
CNTI (Centre Nutritionnel Thérapeutique Intensif)	30 – 50*
CTC (Centre Traitement Choléra)	60
Isolation SRAS	100
Isolation Fièvre Hémorragique Virale	300 – 400*
Cuisine	Inclus dans les chiffres ci-dessus

Accessibilité	Pour le personnel, les patients et les visiteurs
Réserve minimum dans des réservoirs fermés	2 jours
Distance maximum de la source	100 m Prévoir des points d'eau accessibles au sein de la structure de santé, et en particulier dans certains services à haut risque (maternité, salle d'opération,...)
Entretien des points de distribution d'eau	Au moins une fois par semaine

* En fonction du contexte : climat, nombre de patients (si le nombre de patient est petit, il faut choisir les valeurs hautes)

² A mesurer avec un conductivimètre

Douches

Structures de santé	Quantité
Hospitalisation, CNT 24h,...	1 (seau) douche/40 utilisateurs * Calcul : (1+1 pour le personnel) + ((N° de lits x 2)/40)
Centre/poste de santé	1 (seau) douche pour : - Traitement contre la gale, - victimes de violences sexuelles,...

* Utilisateurs = Personnel (2 douches : 1 pour homme, 1 pour femme) + patients + 1 accompagnant/patient

Adaptées aux utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriées culturellement et socialement • Douches séparées pour le personnel et les patients • Douches séparées pour hommes et femmes • Quelques douches avec siège et barres d'appui pour les personnes moins valides
Situées en lieu sûr	<ul style="list-style-type: none"> • Situées pour éviter le risque de violence sexuelle • Eclairage de nuit, si possible
Equipements apparentés	<ul style="list-style-type: none"> • Approvisionnement en eau proche (max. 5 à 20 m) • Douches reliées à un système d'évacuation des eaux usées
Entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins une fois par jour

Système d'Élimination des Excréta

Quantité	Hospitalisation, CNT 24h,...	1 latrines/20 utilisateurs Calcul : (1+1 pour le staff) + ((N° de lits x 2)/20)
	Centre/poste de santé	<ul style="list-style-type: none"> • 1 pour le staff • 1 pour les hommes • 1 pour les femmes • 1 latrines pour enfants
Techniquement adaptées aux contraintes locales	<ul style="list-style-type: none"> • Urgence aiguë → feuillées (= trench latrines) améliorées /latrine simple 	
Adaptées aux utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriées culturellement et socialement • Installations séparées pour staff et patients • Installations séparées pour hommes et femmes • Quelques latrines avec siège et barres d'appui pour les personnes moins valides • Latrines (ou petits pots) pour enfants près du service de pédiatrie, les CNT, CNS,... • Pannes et urinals pour les patients allités 	
Facilement accessible	<ul style="list-style-type: none"> • Min. à 5m des bâtiments, et max. à 30m 	
Endroit sûr	<ul style="list-style-type: none"> • Situées pour éviter le risque de violence sexuelle • Eclairage de nuit, si possible 	
Equipements apparentés	<ul style="list-style-type: none"> • Savon, aire de lavage des mains et système d'évacuation des eaux usées à la sortie des latrines 	
Éviter la contamination de tout point d'eau	<ul style="list-style-type: none"> • Situées à > 30m de toute source d'eau 	
Entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins une fois par jour 	

Aire de Lavage

Dans les structures avec hospitalisation	
Aires de lavage séparées pour :	<ul style="list-style-type: none"> • La lessive de la structure (<i>draps, ...</i>) • La lessive des patients (<i>si nécessaire</i>) • La vaisselle (<i>si cuisine</i>)
Adaptées aux utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriées culturellement et socialement
Equipements apparentés	<ul style="list-style-type: none"> • Approvisionnement en eau proche (<i>max. 5 à 20 m</i>) • Reliées à un système d'évacuation des eaux usées
Entretien :	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins une fois par jour

Evacuation des Eaux Usées

Eaux usées « propres » (<i>absence de savon, huile ou graisse</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Puits perdus • Tranchées d'infiltration • Aire d'évapo-transpiration (<i>zone aride</i>) 	Distance entre le site d'évacuation finale et les sources d'eau : > 30m
	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'égouts, si existants 	
Eaux usées « sales »	<ul style="list-style-type: none"> • Idem + Bac dégraisseur 	
Black water (<i>débordement d'une fosse septique</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Idem + fosse septique 	
Eaux de pluie & d'écoulement	<ul style="list-style-type: none"> • Drainage naturel 	
Entretien : au moins une fois par mois		

Evacuation des Déchets Médicaux

Généralités	<ul style="list-style-type: none"> • 1 set de containers médicaux/20 lits (<i>tranchants/soft/organiques</i>) • Containers à max. 5 à 20m de marche • 3 containers de chaque type par endroit (<i>rotation et réserve</i>)
Piquants/Tranchants/ Coupants	<ul style="list-style-type: none"> • Containers à aiguilles (<i>pots à médicaments modifiés, container à aiguilles à usage unique ou réutilisable, safety box pour les campagnes de vaccination</i>) • Si beaucoup d'ampoules et flacons → fournir un container à verre séparé • Ramassage et élimination régulière des tranchants • Fosse à aiguilles (<i>équipée d'un réducteur de verre si grosse production de déchets en verre</i>)
Déchets ordinaires (« Soft Waste »)	<ul style="list-style-type: none"> • Containers pour déchets ordinaires (<i>20 - 60 litres – seau plastique avec couvercle</i>) • Ramassage quotidien des déchets + nettoyage et désinfections des containers une fois vidés. • Incinérateur provisoire (<i>fût</i>) & Fosse à cendres
Déchets organiques	<ul style="list-style-type: none"> • Containers à déchets organiques (<i>seau plastique avec couvercle</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Maternité : 15 – 40 litres - Salle d'opération : 20 – 60 litres • Ramassage immédiat des déchets organiques + nettoyage et désinfections des containers une fois vidés. • Fosse à déchets organiques (<i>latrines pour placentas, acceptable si très peu d'accouchements</i>)
Déchets des patients/accompagnants/ visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Poubelle (+/- 60 - 100 L) près ($\geq 5m \leq 10 m$) de chaque service (<i>Centre/Poste de santé, Hospitalisation....</i>)
Produits dangereux (<i>médicaments périmés,...</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les produits dangereux sont évacués : <ul style="list-style-type: none"> - en accord avec la législation locale - en accord avec les directives du siège MSF

Zone de déchet	<ul style="list-style-type: none"> • Zone de déchet délimitée avec toutes les installations de stockage et d'élimination des déchets • Clôture autour de la zone de déchet • Aire de lavage avec point d'eau à l'intérieur du site • Système d'évacuation des eaux usées via un bac dégraisseur • Gestion par une personne bien définie et formée • Entretien immédiatement après usage • Distance > 50m de tout point d'eau
Gestion des corps	<ul style="list-style-type: none"> • Conservation des corps en toute sécurité, avant l'ensevelissement <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir une morgue de dimension adaptée et correctement située à l'intérieur de la structure. - Morgue séparée pour le centre d'isolement • Toutes les personnes manipulant et préparant les corps doivent : <ul style="list-style-type: none"> - Porter des gants - Se laver les mains avec du savon • Epidémies (choléra, peste, Fièvre Hémorragique Virale,...) <ul style="list-style-type: none"> - Toute personne manipulant, préparant ou ensevelissant les corps <ul style="list-style-type: none"> • Porte un équipement approprié • Se lave selon des règles appropriées (contexte spécifique) - Une équipe spécialisée et formée effectue la désinfection des corps et des structures - Une équipe spécialisée et formée réalise et/ou supervise l'enterrement - Tous les corps sont placés dans des sacs mortuaires (+ cercueil pour FVH) • Respecter les pratiques religieuses et les habitudes locales lors de la manipulation, préparation et enterrement des corps.

N.B. Les morts liés à la guerre, aux famines, aux catastrophes naturelles NE REPRESENTENT PAS un risque majeur pour la santé publique. Une bonne prise en charge est toutefois nécessaire afin d'éviter la proximité avec les morts (effet psychologique), les odeurs et les charognards/vecteurs. **Les morts liés aux épidémies REPRESENTENT un risque pour la santé publique** et des règles strictes doivent être suivies afin d'éviter la propagation de l'épidémie.

Personnel

Responsabilités	<p>A définir très clairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui, dans l'équipe sur le terrain, est responsable pour les activités watsan (<i>donc, pas en théorie, mais dans la réalité de votre contexte !</i>) • Qui est responsable de la formation et supervision du personnel watsan
Personnel d'entretien Technicien Responsable Eau/Assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Training + Job Description • Vêtements de protection appropriés • Outils/instruments appropriés <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccination contre : Hépatite B & Tétanos <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Kit PEP pour le staff exposé à un risque VIH/SIDA

Contrôle des Vecteurs

Objectifs :

- Eviter la transmission des maladies liées aux vecteurs à l'intérieur des structures de santé
 - Minimiser les chances de survie des vecteurs à l'intérieur des structures de santé
 - Réduire les contacts entre les vecteurs et les patients infectés
 - Réduire les contacts des patients, staff,... avec des vecteurs potentiellement infectés
- Eviter une infestation de vecteurs et parasites à l'intérieur des structures de santé
- Fournir des moyens de contrôle des vecteurs appropriés, l'équipement et les services → voir tableau page suivante

		Mesures supplémentaires - Epidémies																			
Mesures pour Zones Endémique et/ou Présence importante du vecteur		Pas d'animaux dans les structures de santé									X	X									
		Désinfection des sols avec une solution chlorée à 0,2%										X									
		Lessive > 60° des vêtements des patients entrants									X	X									
		Lessive > 60° de tout le linge et les vêtements des patients 1x/semaine									X	X									
		Saupoudrage à l'insecticide des corps et des vêtements des patients décédés									X	X									
		Saupoudrage à l'insecticide des matelas et de la literie 1x/semaine									X	X									
		Saupoudrage à l'insecticide de tous les patients 1x/semaine									X	X									
		Saupoudrage à l'insecticide des patients entrants et de tous leurs vêtements										X									
		Fumigation des locaux & des alentours des structures de santé		X	X	X						X									
		Utilisation de larvicides **	X	X	X	X															
		Mesures pour Zones Endémique et/ou Présence importante du vecteur		Empêcher l'entrée des rats dans les bâtiments									X	X							
Saupoudrage avec insecticide des traces de rats 1x/semaine													X								
Poison et/ou piège et élimination des rats morts													X								
Désinfection des sols avec solution chlorée à 0,2%											X	X	X								
Aérer la literie au soleil												X									
Saupoudrage à l'insecticide des nouveaux patients											X										
2 x/jour hygiène du visage & des mains pour tous les patients									X												
Gestion de l'hygiène (ex. traitement approprié des déchets)				X	X	X	X			X			X								
Hygiène des aliments et repas						X							X								
Trappes et/ou écrans à mouche						X	X														
Eviter les sites de prolifération des moustiques dans & aux alentours des structures de santé	X			X	X	X	X														
2 MID/nouvelle consultation pré-natale *	X								X												
1 MID/autres personnes dormant dans la structure	X								X	X	X										
Patients sous MID toute la journée				X					X												
1 MID/patient hospitalisé	X					X	X	X	X	X	X										
2 x PER des latrines/an					X	X	X														
2 x PER des structures de santé/an	X			X	X	X	X	X				X									
Moustiquaires imprégnées aux portes et fenêtres	X			X	X	X	X	X					X								
Contrôle de la végétation autour des structures de santé		X		X	X						X										
Choix d'un site approprié	X	X		X	X	X					X										
		Principales Maladies																			
		Moustiques - Anophèle	Malaria	Moustiques - Aedes	Dengue, Fièvre Jaune	Moustiques - Culex	Filariose, Encéphalite	Mouches	Infection entérique	Mouches	Infection des yeux	Mouches de sable	Leishmaniose	Poux	Typhus, Fièvre Récurrente, Fièvre des tranchées	Puces	Peste, Typhus	Rongeurs	Fièvre de Lassa Salmonelle, Leptospirose, Peste, Fièvre Hanta virus	Acaréens	Typhus épidémique, Gale
		Principaux Vecteurs																			
		<p>PER = Pulvérisation à Effet Rémanant MID = Moustiquaire Imprégné à efficacité Durable * 1 moustiquaire pour la femme et 1 pour l'homme ** Seulement si personnel expérimenté présent</p>																			

Besoins Essentiels en Eau et Assainissement dans un Camp

Eau

	L / personne / jour	Max. distance jusqu'au point d'eau	Min. Stockage & Distribution
Urgence aiguë Premiers jours	3 - 5	Pas de distance max.	Capacité de stockage collectif min. : • 5 L/personne (<i>donc pour 1000 pers.: bladder 5m³</i>) Capacité de stockage familial min : • 40 L
Urgence aiguë Asap	15 – 20	Max 250 m	Distribution : • 1 robinet/200 – 250 personnes • 1 pompe à main/500 – 750 personnes

Douches

Quantité	• 1 (seau) douche/40 utilisateurs
Appropriées pour les utilisateurs	• Adaptées culturellement et socialement (privacy, visibilité, orientation) • Séparées pour hommes et femmes
Situées en lieu sûr	• Situées pour éviter le risque de violence sexuelle • Eclairage de nuit, si possible
Equipements apparentés	• Approvisionnement en eau proche (max. 5 à 20 m) • Douches reliées à un système d'évacuation des eaux usées
Entretien	• Régulièrement

Système d'Élimination des Excréta

	Appropriées techniquement	Quantité
Urgence aiguë Premiers jours	Aire de défécation Feuillées (= Trench latrines)	Aire de défécation : 0.5m²/pers./jour Feuillées : 3.5m/100 pers. 1 latrine/100 utilisateurs
Urgence aiguë Asap	Feuillées améliorées/latrine à fosse	1 latrine/50 utilisateurs → 1 latrine/20 utilisateurs
Appropriées pour les utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriées culturellement et socialement • Latrines séparées pour hommes et femmes • Quelques latrines avec siège et barres d'appui pour les personnes moins valides • Quelques latrines pour enfants (1/5 de la population < 5 ans) 	
Facilement accessibles	Distance des feuillées : Distance des latrines à fosse (= Pit latrines) :	> 30 m < 50 m des bâtiments > 5 m et < 50 m des bâtiments
Situées en lieu sûr	<ul style="list-style-type: none"> • Situées pour éviter le risque de violence sexuelle • Eclairage de nuit, si possible 	
Equipements apparentés	• Savon, aire de lavage des mains et système d'évacuation des eaux usées à la sortie des latrines	
Éviter la contamination de tout point d'eau	• > 30m de toute source d'eau (> 50m si aire de défécation)	
Entretien	• Au moins une fois/jour	

Aires de Lavage

Aire de lavage pour la vaisselle	<ul style="list-style-type: none"> • 1/communauté = 80 personnes (<i>voir p. 26</i>)
Aire de lavage pour la lessive	<ul style="list-style-type: none"> • 1/communauté
Equipements apparentés	<ul style="list-style-type: none"> • Approvisionnement en eau à max. 5 à 10m à pied • Reliées à un système de traitement des eaux usées
Entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Régulièrement

Evacuation des Eaux Usées

Type d'eau usée	Bac dégraisseur	Système	Distance entre le système & le point d'eau
Eaux usées « propres » (absence de savon, huile ou graisse)	NON	<ul style="list-style-type: none"> • Petit potager • Eau potable pour les animaux • Puits perdus • Tranchée d'infiltration 	> 10 m
		<ul style="list-style-type: none"> • Réseau d'égouts correctement scellés 	
Eaux usées « sales »	OUI	<ul style="list-style-type: none"> • Puits perdus • Tranchée d'infiltration • Aire d'évapo-transpiration 	> 30 m
		<ul style="list-style-type: none"> • Réseau d'égouts correctement scellés 	
Eau de pluie & d'écoulement	NON	<ul style="list-style-type: none"> • Drainage naturel 	
Entretien : au moins une fois par semaine			

Evacuation des Déchets Domestiques

	Urgences → Collectif	Petits groupes de gens → Familles
Stockage temporaire	<ul style="list-style-type: none"> • Fût de 100 litres avec couvercle, poignées et perforations dans le fond • 1 fût/10 familles • Fûts < 5 – 15 m de l'habitation la plus éloignée 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 L / seau avec couvercle / famille
Ramassage	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de 2,5 personnes/1000 habitants • Ramassage journalier 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres de la famille
Transport	<ul style="list-style-type: none"> • Charrette/Véhicule 	<ul style="list-style-type: none"> • A la main
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Pas recommandé 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas recommandé
Evacuation finale	<ul style="list-style-type: none"> • Décharge contrôlée clôturée avec évacuation de l'eau d'écoulement • > 1km des habitations 	<ul style="list-style-type: none"> • Fosse clôturée/famille ou plusieurs familles

Gestion des Corps

N.B. Les morts liés à la guerre, aux famines, aux catastrophes naturelles NE REPRESENTENT PAS un risque majeur pour la santé publique. Une bonne prise en charge est toutefois nécessaire afin d'éviter la proximité avec les morts (effet psychologique), les odeurs et les charognards/vecteurs. **Les morts liés aux épidémies REPRESENTENT un risque pour la santé publique** et des règles strictes doivent être suivies afin d'éviter la propagation de l'épidémie.

	Guerre/Famine/Catastrophe Naturelle	Epidémies
Préparation et habillage des corps	<ul style="list-style-type: none"> • Pas nécessaire de désinfecter les corps • Habillage des corps selon les habitudes locales et ce qui est disponible (<i>cercueil, linceul, couverture, natte, body bag</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Désinfection des corps ET • Body bag étanche (+ <i>cercueil</i>)
Enterrement/Crémation par :	<ul style="list-style-type: none"> • Familles • Organisation d'aide, surtout en cas de tombes collectives 	Personnel des organisations d'assistance, spécialement formé et protégé vu le grand risque de contamination (<i>voir p. 13</i>)
Protection individuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Lavage des mains avec du savon 	Conformément aux guidelines spécifiques à ces maladies : <ul style="list-style-type: none"> • Pulvérisation complète du personnel avec une solution chlorée • Equipement de protection complet pour le staff
Assistance des ONG	Fournir/Etre impliqué dans (<i>si nécessaire</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Morgue dans les structures de santé • Sélection des sites pour cimetière/crémation • Matériel pour l'habillage des corps • Transport des corps 	Fournir/Etre impliqué dans : <ul style="list-style-type: none"> • Morgue dans les centres d'isolation • Sélection des sites pour cimetière/crémation • Body bags étanches/emballage imperméable • Transport des corps

Enterrement	Crémation
Option préférée dans toutes les situations	Seulement quant exigé de la population pour des raisons religieuses/culturelles
Emplacement du cimetière : <ul style="list-style-type: none"> • 50 m de tout point d'eau potable • 500 m de tout logement habité • 1.500 m² / 10.000 populations • Cimetières séparés pour différentes religions, si demandé. 	Emplacement du crématorium : <ul style="list-style-type: none"> • > 500 m de tout logement habité • Sous le vent des bâtiments habités
Tombes : <ul style="list-style-type: none"> • Tombes individuelles, de préférence • Tombes collectives si vraiment nécessaire 	
Profondeur d'ensevelissement <ul style="list-style-type: none"> • > 1,5 m sous la surface • > 1,5 m au-dessus de la nappe phréatique 	Besoins : <ul style="list-style-type: none"> • Au moins 300 kg de bois/corps • Personnes expérimentées pour la crémation

Contrôle des Vecteurs

Mesures supplémentaires - Epidémies	Promouvoir l'absence d'animaux dans les logements		X					X		
	Saupoudrage à l'insecticide des corps et des vêtements des patients décédés						X	X		
	1 x saupoudrage à l'insecticide des cadres de lits, et vêtements dans les logements						X	X		
	Follow-up du saupoudrage à l'insecticide à la demande						X	X		
	Pulvérisation de l'espace 300 m autour des logements des cas confirmés		X							
	Utilisation de larvicides ou promouvoir de vider les eaux stagnantes chaque semaine		X							
	Saupoudrage à l'insecticide des personnes entrant dans le camp						X	X		
	Poison et/ou pièges et évacuation des rats morts							X	X	
	Mesures pour Zones Endémique et/ou Présence importante du vecteur	Promouvoir l'hygiène du visage et des mains 2x/jour pour tout le camp				X				
Aérer la literie au soleil				X				X		
Hygiène des aliments et de la nourriture				X					X	
Pièges et/ou écrans à mouches				X	X					
Limiter les sites de prolifération des vecteurs dans & autour du camp		X	X	X	X	X				
1 MID/lit		X			X	X	X	X		X
2 x PER des latrines/an				X	X					
2 x PER des logements/an		X	X	X	X	X	X	X		
Choix approprié du site		X	X	X	X	X			X	
Principaux Vecteurs	Principales Maladies									
Moustiques - Anopheles	Malaria									
Moustiques - Aedes	Dengue, Fièvre Jaune									
Mouches	Infection Entérique									
Mouches	Infection des yeux									
Mouches de sable	Leishmaniose									
Poux	Typhus, Fièvres Récurrentes, Fièvres des tranchées									
Puces	Peste, Typhus									
Rongeurs	Fièvre de Lassa, Salmonellose, Leptospirose, Peste, Fièvre Hanta virus									
Acaréens	Gale									

* Si les moustiques sont zoophiles et s'il y a du personnel expérimenté

4. ALIMENTATION & NUTRITION

Besoins minimum en énergie provenant de la nourriture pour une population totalement dépendante de l'aide alimentaire :

- **2.100 Kcal/personne/jour avec**
 - **10 à 14% d'énergie sous forme de protéines**
 - **17 à 30% sous forme de graisse**

Malnutrition aiguë (chez les enfants de 6 mois à 5 ans ou de 65 cm à 110 cm)

Malnutrition Aiguë	P/T en Z-Score	P/T en % de la Médiane*	Mid Upper Arm Circumference (MUAC)
Malnutrition aiguë modérée	≥ -3 à < -2	≥70% à <80%	≥115mm à <125mm
Malnutrition aiguë sévère	< -3 ou Oedèmes	< 70% ou Oedèmes	<115mm ou Oedèmes
Malnutrition aiguë globale	< -2 ou Oedèmes	<80% ou Oedèmes	< 125mm ou Oedèmes

* P/T en % n'est plus utilisé comme critère d'admission dans les projets MSF

Arbre décisionnel pour les interventions nutritionnelles

Situation	Indicateurs	Interventions
Famine	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition aiguë globale > 40 - 50% - CMR > 5 /10,000/jour - Malnutrition parmi les adultes - Disponibilité et accessibilité à la nourriture non existantes ou sévèrement réduites - Migration de détresse 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution alimentaire générale (<i>monitoring + lobbying</i>) - Distribution alimentaire ciblée, si nécessaire
Crise alimentaire sévère	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition aiguë globale > 20% - Malnutrition aiguë sévère > 5% - CMR > 2/10,000/jour - Réduction générale de la disponibilité et l'accessibilité en nourriture 	<ul style="list-style-type: none"> - PTN pour enfants et adultes - Distribution alimentaire sélective pour enfants et femmes enceintes et allaitantes
Crise alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition aiguë globale > 10-19 % - Malnutrition aiguë sévère > 3 - 4% - CMR > 1/10,000/jour - Accessibilité à la nourriture réduite pour les groupes vulnérables 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution générale de nourriture (<i>monitoring + lobbying</i>) - Distribution alimentaire ciblée, si nécessaire - PTN pour enfants et adultes - Distribution alimentaire sélective pour enfants et femmes enceintes et allaitantes
Insécurité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition aiguë sévère < 3 - 4% - CMR < 1/10,000/jour - Légère diminution de l'accès et la disponibilité en nourriture 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement des enfants malnouris dans les structures de santé existants (<i>services pédiatriques,...</i>) - Support nutritionnel pour les patients hospitalisés et certaines maladies

Programmes nutritionnels - Stratégies

Programme	Objectif	Population cible
Distribution Générale de Nourriture	- Couvrir les besoins de base en nourriture d'une population	- Toute la population
Distribution Alimentaire Ciblée	- Prévenir une détérioration de la situation nutritionnelle en fournissant une ration partielle de nourriture quand l'accessibilité/disponibilité à la nourriture est insuffisante ou DGN est inadéquate /inéquitable.	- Les familles de tous les enfants < 5 ans - Autres groupes à risque
Distribution Alimentaire Sélective	- Augmenter la disponibilité en nourriture et prévenir la détérioration de l'état nutritionnel en couvrant des besoins spécifiques nutritionnels et en micronutriments, mais seulement une partie des besoins énergétiques, pour un groupe vulnérable de la population.	- Groupes présentant une vulnérabilité physiologique particulière : ex. jeunes enfants, femmes enceintes et allaitantes, maladies chroniques.
Programme Nutritionnel Supplémentaire Ciblé	- Réduire la morbidité parmi les enfants souffrant de malnutrition modérée - Prévenir la malnutrition sévère	- Enfants souffrant de malnutrition modérée, femmes enceintes et allaitantes (<i>et autres adultes dans certains contextes</i>)
Programme Nutritionnel Thérapeutique	- Réduire la mortalité et morbidité	- Patients sévèrement malnouris - Patients modérément malnouris AVEC complications médicales

N.B. Pour plus de détails sur les différentes stratégies et lesquelles choisir, voir le chapitre 3 du Guideline Nutrition.

Malnutrition aigue sévère ou modérée AVEC complications³

Centre Nutritionnel Thérapeutique – Hospitalisation - CNTH

- Centre nutritionnel thérapeutique fonctionnant 24/24h
- Peut être une hospitalisation dans un service de pédiatrie si peu de patients
- Dans quelques cas, rares, le CNT hospitalisation ne sera pas ouvert la nuit :
 - *Quand il y a un nombre élevé de patients manouris et pas assez de personnel pour assurer le service de nuit*
 - *Quand il y a de l'insécurité pour les patients, les accompagnants et/ou le personnel la nuit*
 - *Mais moins bonne qualité de prise en charge → organiser un CNT 24/24h asap*

Malnutrition aigue sévère SANS complications⁴

Centre Nutritionnel Thérapeutique Ambulatoire - CNTA

- Permet un programme décentralisé
 - Augmente l'accès et l'acceptabilité
 - Pas pour les enfants très malades
 - Traitement médical et bon follow-up des patients plus difficiles
 - Nécessité d'avoir un bon système de référence
 - Vérifier la sécurité (risque de vol des rations)
 - Vérifier l'acceptabilité de la nourriture spécialisée
 - Vérifier la disponibilité des ressources alimentaires dans la famille
- } Meilleure couverture

³ Anorexie (ne réussit pas le test d'appétit) ou oedèmes ++/+++ ou état médical sévère

⁴ Réussit le test d'appétit, bon état médical

Malnutrition aiguë modérée SANS complications médicales

Centre Nutritionnel Supplémentaire

Depuis l'introduction des nouvelles courbes OMS, nous explorons différentes stratégies de prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée. Les options principales actuellement sont :

- Prise en charge de tous les enfants souffrant de MAM
- Prise en charge d'une partie des enfants souffrant de MAM (*enfants < 2 ans, enfants malades mais sans complications sévères,...*)
- Aucune prise en charge des enfants souffrant de MAM
- Distribution alimentaire sélective pour tous les enfants < 3 à 5 ans (+ éventuellement autres groupes à risque)

Plusieurs facteurs influenceront la décision :

- Le nombre d'enfants atteints
- La situation nutritionnelle générale
- Les capacités de la mission (*RH et approvisionnement en nourriture*)

Dans tous les cas, la décision finale devra être prise en concertation avec la cellule et les experts nutrition.

Critères d'Admission et de Sortie

Centre Nutritionnel Thérapeutique

	Admission ⁵	Sortie
Enfants <i>De 6 mois à 10 ans ou de 65 à 130 cm.</i>	P/T < -3 Z-score ou Présence d'œdèmes bilatéraux ou MUAC < 115 mm (<i>uniquement pour enfants de 6 à 59 mois ou 65 à 110cm</i>) ou MAM ⁶ avec complications	P/T > -2Z score <i>(2 mesures consécutives, 1 semaine d'intervalle)</i> et MUAC > 115mm et Absence d'œdèmes pendant au moins 1 semaine et Absence de problème médical aigu et Bon appétit et prise de nourriture
Adolescents <i>De 10 à 18 ans ou > 130 cm</i>	P/T < 70% ou Présence d'œdèmes bilatéraux ou MAM avec complications	P/T > -85% <i>(2 mesures consécutives, 1 semaine d'intervalle)</i> et Absence d'œdèmes pendant au moins 1 semaine et Bon état général et Bon appétit et prise de nourriture

⁵ Dans certains contextes, de plus en plus rares, on peut encore être amené à utiliser les anciennes courbes (exprimées en % de la médiane). Dans ce cas, référez vous au tableau de la page 18 pour les correspondances entre % de la médiane et Z score.

⁶ MAM = malnutrition aiguë modérée

Adultes	<p>MUAC < 160 mm Indépendamment des signes cliniques ou Présence d'œdèmes bilatéraux (<i>grade 3 ou plus</i>) ou MUAC < 185 mm et mauvais état général ou MAM avec complications</p>	<p>Gain de poids (<i>2 mesures consécutives, 1 semaine d'intervalle</i>) et Gain total de poids > 10 à 15% et Oedèmes < grade 2 et Bon état général et Bon appétit et prise de nourriture</p>
Femmes enceintes et allaitantes	<p>MUAC < 170 mm ou Présence d'œdèmes bilatéraux (<i>grade 3 ou plus</i>) ou MAM avec complications</p>	<p>Gain de poids (<i>2 mesures consécutives, 1 semaine d'intervalle</i>) et Oedèmes < grade 2 et MUAC > 210mm et Bon état général et Bon appétit et prise de nourriture</p>
Personnes âgées ≥ 50-60 ans	<p>MUAC < 160 mm et mauvais état général ou Présence d'œdèmes bilatéraux (<i>grade 3 ou plus</i>) ou MAM avec complications</p>	<p>Gain de poids (<i>2 mesures consécutives, 1 semaine d'intervalle</i>) et Oedèmes < grade 3 et MUAC > 160mm et Bon état général et Bon appétit et prise de nourriture</p>

Centre Nutritionnel Supplémentaire

	Admission	Sortie
Enfants < 5 ans ou 110 cm OU < 10 ans ou 130 cm	P/T entre -3Z et -2Z score sans oedèmes bilatéraux	P/T > -2Z score (<i>2 mesures consécutives, 1 semaine d'intervalle</i>)
Adolescents De 10 à 18 ans (> 130 cm)	P/T entre 70% et 79,9% et mauvais état général ou Sortant d'un CNT	P/T > - 85% (<i>2 semaines consécutives</i>) et bon état général
Adultes	MUAC < 185 mm et peut se tenir debout et marcher ou Présence d'œdèmes (Grade 1 et 2) ou Sortant d'un CNT	Gain de poids 2 semaines consécutives et absence d'œdèmes bilatéraux et MUAC > 185mm et bon état général
Femmes enceintes et allaitantes	MUAC < 210 mm ou Sortant d'un CNT	Sortie : 6 mois après l'accouchement

Personnes âgées ≥ 50-60 ans	MUAC < 175 mm et peut se tenir debout et marcher ou Présence d'œdèmes bilatéraux (Grade 1 et 2) ou Sortant d'un CNT	Gain de poids et MUAC > 175mm et bon état général
---------------------------------------	---	---

Indicateurs d'un programme nutritionnel

Principaux indicateurs	Valeurs de référence		Fréquence habituelle	Interprétations principales
	CNT	CNS		
Admissions et sorties <ul style="list-style-type: none"> • Nombre total de patients enregistrés • Admissions et sorties • Ré-admissions 	< 5 %	< 5 %	j, s, m	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution de la situation nutritionnelle • Tendance en sécurité alimentaire • Charge de travail et taille du programme
Indicateurs de fonctionnement ¹ <ol style="list-style-type: none"> 1) Guérisons % 2) Abandons % 3) Décès % 4) Transferts % 	> 80 %	> 75 %	Par mois	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité • Accessibilité, acceptabilité • Qualité des soins • Possibilité de références (qualité des soins)
Taux de fréquentation	> 85 %	> 75 %	j, m	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité, acceptabilité
Gain de poids moyen ² <ul style="list-style-type: none"> • CNT Hospitalisation - CNTH • CNT Ambulatoire - CNTA 	10 to 20 g/Kg/jour	> 3g/Kg/jour	Par mois	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des soins (médicaux et nutritionnels)
Durée moyenne de séjour ² <ul style="list-style-type: none"> • CNT Hospitalisation - CNTH • CNT Ambulatoire – CNTA 	< 30 jours	< 60 jours	Par mois	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des soins (médicaux et nutritionnels)
Couverture <ul style="list-style-type: none"> • Dans un camp • En urbain • En rural (CNTH) • En rural (CNTA) 	> 90 %	> 90 %	Après une enquête nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité et acceptabilité par la population cible
Couverture vaccinale rougeole ¹	100 %	100 %	Par mois	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité

¹ Calculé sur le nombre total de sorties (guérisons, abandons, décès et transferts)

² Calculé sur les sortants guéris (ou un échantillon de 30 fiches individuelles choisies au hasard, s'il y a un grand nombre de sorties)

Table de composition des aliments

Valeur nutritive des produits communs utilisés pour l'aide alimentaire dans les urgences

	Valeur nutritive/100 g		
	Energie (kcal)	Protéines (g)	Graisse (g)
Céréales			
Blé	330	12.3	1.5
Riz	360	7.0	0.5
Sorgho/Millet	335	11.0	3.0
Maïs	350	10.0	4.0
Farine de maïs	360	9.0	3.5
Farine de blé	350	11.5	1.5
Boulgour de blé	350	11.0	1.5
Mélanges			
Mélange Soja Maïs (CSB)	380	18.0	6.0
Mélange Soja Blé (WSB)	370	20.0	6.0
Boulgour de blé au soja fortifié	350	17.0	1.5
Farine de maïs au soja fortifié	390	13.0	1.5
Farine de blé au soja fortifié	360	16.0	1.3
Produits laitiers			
Lait écrémé en poudre (DSM)	360	36.0	1.0
Lait entier en poudre (DWM)	500	25.0	27.0
Viande et poisson			
Viande en boîte	220	21.0	15.0
Poisson salé séché	270	47.0	7.5
Poisson en boîte	305	22.0	24.0
Huiles et graisses			
Huile végétale	885	-	100.0
Huile de beurre	860	-	98.0
Graisse alimentaire	900	-	100.0
Huile de palme rouge	884	-	100.0
Margarine	735	-	82.0
Légumineuses			
Haricots	335	20.0	1.2
Pois	335	22.0	1.4
Lentilles	340	20.0	0.6
Arachides séchées	580	27.0	45.0
Arachides fraîches	330	15.0	25.0
Divers			
Biscuits haute énergie BP5®	458	14.7	17.0
Sucre	400	-	-
Pâte	365	12.5	1.2
Dates	245	2.0	0.5

Calcul de la valeur nutritionnelle d'une ration ⁷

1 gramme de protéine = 4 kcal

1 gramme de graisse = 9 kcal

Exemple

Aliments	Quantité en g/jour	Kcal/jour	Protéines en g/jour	Graisse en g/jour
Sorgho	350	1172 <i>= (350 x 335 Kcal)/100</i>	38 <i>= (350 x 11 g)/100</i>	10 <i>= (350 x 3 g)/100</i>
Huile	50	443	0	50
Pois	70	235	15	1
CSB	60	228	11	4
Total	–	2078 kcal	64	65
%	–	–	12 % <i>64x4 = 256 Kcal 256/2078 = 12 %</i>	28 % <i>65x9 = 585 Kcal 585/2078 = 28 %</i>

Principales carences en nutriments

Nutriments	Déficiences	Facteurs de risque
Vitamine A	Xérophtalmie	Faible contenance en vitamine A de la ration alimentaire générale, mauvais état général et nutritionnel, rougeole
Vitamine B1	Béribéri	Ration à base de riz poli
Vitamine B2	Ariboflavinose	Ration à base de farine de céréale non enrichie avec B2 (généralement céréale locale)
Vitamine PP ou B3	Pellagre	Ration à base de maïs avec une quantité limitée d'arachides, de poisson ou de viande
Vitamine C	Scorbut	Région semi-désertique avec quantité limitée de produits animaux (lait), fruits frais et légumes
Fer	Anémie	Ration limitée en viande
Iode	Goitre, crétinisme	Population vivant dans une région avec un sol faible en iode et sans sel fortifié à l'iode

⁷ Si vous avez de la chance, vous avez aussi dans vos bagages le mémento "Nutrition" et ses fiches techniques....dans ce cas, consultez la fiche n°8 : "Componut : Feuille de calcul automatique de la valeur nutritionnelle d'une ration"

5. SITE PLANNING

Sélection du site

Sécurité et protection	<ul style="list-style-type: none"> Distance raisonnable de la frontière, de zones de guerre, de camps militaires, de lieux de repli des rebelles,... Lieu sûr (pas de mines,...)
Eau	<ul style="list-style-type: none"> Disponible sur le site ou à proximité
Espace	<ul style="list-style-type: none"> Suffisamment grand pour le nombre actuel de réfugiés/déplacés Espace supplémentaire pour éventuel nouvel afflux Si possible, espace pour l'agriculture et/ou pour les pâturages
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> Accessible pour des camions en toute saison
Topographie et drainage	<ul style="list-style-type: none"> Site légèrement en pente (entre 2 et 5/6 %) afin de fournir un drainage naturel Non venteux, les abris temporaires étant généralement fragiles
Etat du sol	<ul style="list-style-type: none"> Approprié pour creuser et pour l'infiltration de l'eau Eviter les régions rocheuses Eviter les régions avec une nappe phréatique haute
Bonne couverture végétale	<ul style="list-style-type: none"> Pour offrir de l'ombre, Pour éviter l'érosion du sol Pour réduire la poussière
Bois, carburant	<ul style="list-style-type: none"> Site bien boisé avec du bois mort disponible
Risques environnementaux pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> Eviter les endroits situés à proximité de lieux de reproduction des vecteurs transmettant des maladies mortelles
Population locale	<ul style="list-style-type: none"> Respecter le droit légal et coutumier Respecter les souhaits de la population locale Eviter les désagréments pour la population locale Si possible, impliquer des réfugiés et la population locale dans le choix du site

Layout

- Principe directeur → les habitudes culturelles de la population
- Impliquer des réfugiés (hommes et femmes) dans la conception du site
- Disposer par communautés : 8 à 16 abris + espaces communs (latrines, douches,...)
- Eviter une disposition en lignes ou rangées
- Ne pas séparer les familles
- Prévoir des logements spécifiques pour les groupes à risque (enfants non accompagnés, personnes âgées,...)
- Assurer la sécurité des lieux utilisés par les femmes la nuit ainsi que les chemins y menant

Modules d'un camp

1 famille	= 4-6 personnes	
16 familles	= 80 personnes	= 1 communauté
4 communautés	= 320 personnes	= 1 village
4 villages	= 1.280 personnes	= 1 bloc
4 blocs	= 5.120 personnes	= 1 secteur
4 secteurs	= 20.480 personnes	= 1 camp

Site planning - Normes

Surface totale par personne	<ul style="list-style-type: none"> • 30 m² à 45 m²
Surface par personne dans les abris	<ul style="list-style-type: none"> • 3.5 m² (4.5 – 5.5 m² si climats froids)
Distance entre les abris	<ul style="list-style-type: none"> • 1.5 m minimum entre les cordes des tentes voisines, de tous les côtés
Distance entre 2 rangées d'abris	<ul style="list-style-type: none"> • 10 m
Distance entre 2 villages (= +/- 64 familles)	<ul style="list-style-type: none"> • 30 m minimum
Distance jusqu'au point d'eau	<ul style="list-style-type: none"> • 100 m à 500 maximum
Distance jusqu'aux feuillées (Trench latrines)	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 30 m et ≤ 50 m
Distance jusqu'aux latrines à fosse (Pit latrines)	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 5 m et ≤ 50 m
Distance entre la source d'eau et les latrines	<ul style="list-style-type: none"> • > 30 m
Distance jusqu'à la décharge (1/camp)	<ul style="list-style-type: none"> • > 1 km des logements
Distance jusqu'aux fûts à ordures (1/10 familles)	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 5 m et ≤ 15 m
Coupe-Feu	<ul style="list-style-type: none"> • 30 à 75 m chaque 300 m de zone habitée • ou • min. 2 x hauteur des bâtiments
Cimetière	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50 m des points d'eau • ≥ 500 m des bâtiments • 1.500 m²/10.000 population
Crématoire	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 500 m des bâtiments • Sous le vent des bâtiments habités

Abris

Espace suffisant par personne	<ul style="list-style-type: none"> • 3.5 m² (4.5 – 5.5 m² en climat froid)
Isolation	<ul style="list-style-type: none"> • contre la chaleur et le froid
Protection contre les éléments en toute saison	<ul style="list-style-type: none"> • pluie, vent, neige,...
Ventilation	<ul style="list-style-type: none"> • Circulation optimale de l'air – mais pas de courant d'air
Protection contre les vecteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Moustiques, mouches tsé-tsé, rats,...
Bien-être psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> • sécurité – vie privée

Services et Infrastructures

<p>Infrastructure eau et assainissement (Voir détails p.13-14)</p>	<p>Latrines – Premiers jours Latrines - Asap</p>	<p>1/50 à 1/100 1/20 personne (= +/- 4 familles) Si possible, 1/famille</p>
	Robinet	1/ 200 à 250 personne
	Pompe à main	1/500 – 750 personnes
	Bloc de douche (<i>homme/femme</i>)	1/ 40 personne (= +/- 8 familles))
	Aire de lavage pour la vaisselle	1/ 100 personne (= 1 communauté)
	Aire de lavage pour la lessive	1/ 100 personne (= 1 communauté)
	Décharge contrôlée	1/ camp
	Fûts à ordures	1/10 familles
Routes		20 – 25% de l'entièreté du site

Centre de distribution + Entrepôts	Non Food Items	1/ camp
	Nourriture	1/ camp 1m ² /m ³ nourriture stockée = 2,5m ³ /tonne
Abris		1/ famille
Structures administratives	Screening	1/ camp
	Enregistrement	1/ camp
Structures médicales	Hôpital	Selon la situation Surface totale : 33,5 m ² /lit Surface/patient : 6 m ²
	Centre de santé	1/ camp – 10 - 30.000 personne Surface totale : 3.600 m ² (Pour 400 à 700 consultations/jour)
	Poste de santé	1/ 3 – 5.000 personne
	Structures nutritionnelles (CNT, CNS,...) 24/24h : 150 enfants Centre de jour : 200 – 250 enfants	Selon les besoins 1 lieu identifié/camp Surface totale : 20 m ² /lit Surface/enfant : 4 m ²
	Structures nutritionnelles (CNT, CNS,...) Ambulatoire : 150 enfants/jour	Selon les besoins 1 lieu identifié/camp Surface totale : 1.100 m ²
	Centre de Traitement Choléra	1 lieu identifié/camp Surface totale : 35 m ² /lit Surface/patient : 6 m ²
Local pour le personnel		1/infrastructure
Infrastructures communautaires	Marchés	1/ 2 blocs
	Ecoles	1/ bloc
	Structures religieuses	Selon les besoins
	Espace de jeu	1/bloc
	Cimetière et/ou Crématoire	1/ camp

Non-Food Items

Kit abris(plastic sheeting, corde,...) ou tentes, ou "shelter kit" spécifique ⁸ (incluant un kit charpentier (outils), des plaques de tôle ondulée,...)	1/famille
Container pour l'eau	40 L/famille
Savon	250 g/personne/mois
Couverture	Selon le climat
Moustiquaire	Min. 2/famille
Ustensiles de cuisine	1/famille
Literie	Selon le contexte
Vêtements	Selon le contexte

⁸ Adapté au contexte et constitué de matériaux locaux

6. SOINS DE SANTE

Les 4 Niveaux de Services de Santé

Niveau	Nombre de structures	Activités
Home visiteurs	1/500 – 1.000 personnes	<ul style="list-style-type: none">• Collecte de données mortalité, nouveau-nés, arrivées, départs,...• Information, éducation à la santé• Recherche active des cas• Recherche active des abandons (nutrition,...)• Références vers le Poste de Santé ou le Centre de Santé
Poste de Santé et/ou Clinique Mobile	1/3 – 5.000 personnes	<ul style="list-style-type: none">• OPD (premier niveau)• Pansements et Réhydratation Orale• Vaccination rougeole de routine• Références vers le Centre de Santé• Collecte de données
Centre de Santé	1/10 – 30.000 personnes	<ul style="list-style-type: none">• Triage• OPD• IPD (observation)• Service d'urgence 24/24h• Paquet minimum d'activité en santé reproductive• Petite chirurgie• Pansements, injections et Réhydratation Orale• Vaccination rougeole de routine• Références vers l'hôpital• Collecte de données et surveillance sanitaire
Hôpital	Selon la situation	<ul style="list-style-type: none">• Chirurgie et urgences obstétricales majeures• Hospitalisation• Laboratoire de référence et transfusions

Principaux outils

- Protocoles de diagnostic et Traitement
- Liste des médicaments essentiels pour chaque niveau
- Stock de médicaments et matériel médical
- Système de référence clair d'un niveau vers un autre
- Système de surveillance sanitaire à chaque niveau (*mortalité, morbidité, collecte des données*)

- Evaluation hebdomadaire de la quantité et qualité des services fournis
- Adaptation des ressources à l'évolution des besoins (*augmenter le personnel, mettre en place de nouvelles activités,...*)
- Formation permanente du personnel
- Sensibilisation permanente de la population sur les services offerts

7. CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET EPIDEMIES

Principaux outils

Préparation aux épidémies	<ul style="list-style-type: none">• Information sur les maladies à potentiel épidémique qui peuvent survenir dans le camp ou qui peuvent avoir été amenées par les réfugiés• Système de surveillance afin de détecter les épidémies dès qu'elles apparaissent (inclus les observations faites par les home-visiteurs)• Laboratoire (localement ou à l'étranger) identifié pour la confirmation des cas• Sources d'approvisionnement en vaccins utiles au cas où une campagne de masse serait nécessaire• Emplacement pour les unités de traitement déjà identifiés(CTC, salle d'isolation,...)• Protocoles standards pour les maladies à potentiel épidémique (prévention – diagnostic - traitement)• Formation du personnel• Stock d'urgence (stock médical et logistique de base pour réagir directement et jusqu'à ce que plus de matériel puisse être livré sur le terrain).
Investigation des épidémies	<ul style="list-style-type: none">• Confirmation de l'existence d'une épidémie (1 cas, augmentation inattendue du nombre de cas ou seuil standard)• Confirmation du diagnostic sur base de la clinique ou par test de laboratoire• Définition de cas standard• Enregistrement des cas• Classement des données en temps (distribution des cas dans le temps) , lieu : (mapping des cas) , personne (répartition des cas par âge, sexe,...)• Identification des groupes à risque (pour mieux les cibler par des mesures préventives et curatives)• Essayer d'identifier la source/cause de l'épidémie
Contrôle des épidémies	<p>Pour diminuer le nombre de cas → Mesures de contrôle</p> <ul style="list-style-type: none">• Attaquer la source (eau propre, nourriture propre, contrôle des vecteurs,...)• Protection des groupes à risque (vaccination, meilleure nutrition,...)• Interrompre la transmission (isolation des cas, hygiène personnelle...et IEC – Information, Education, Communication de la population) <p>Pour réduire la mortalité parmi les cas</p> <ul style="list-style-type: none">• Détection rapide des cas, incluant le « tracing » des contacts• Traitement

Main killers

	Principaux facteurs responsables	Mesures préventives
Rougeole	<ul style="list-style-type: none"> • Surpopulation • Faible couverture vaccinale 	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les standards d'espace de vie minimum • Vaccination des enfants
Maladies diarrhéiques	<ul style="list-style-type: none"> • Surpopulation • Contamination de l'eau et de la nourriture • Manque d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu de vie adéquat • Approvisionnement en eau de qualité et bon hygiène et assainissement • Quantité suffisante d'eau/personne • Education à la santé • Bon hygiène personnel et de la nourriture • Distribution de savon
Infections Respiratoires Aiguës	<ul style="list-style-type: none"> • Logement inadéquat • Manque de couvertures et vêtements 	<ul style="list-style-type: none"> • Espace de vie minimum et abris adéquat • Distribution de couvertures et vêtements en suffisance
Malaria	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvel environnement avec une souche contre laquelle les réfugiés ne sont pas immunisés • Eau stagnante qui devient un site de reproduction pour les moustiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture de moustiquaires • Détruire les lieux de reproduction, pour les larves et les moustiques adultes en pulvérisant
Malnutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Accès et/ou disponibilité de la nourriture réduits • Ration alimentaire inappropriée • Mauvais état de santé • Disponibilité et accès à l'eau 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la Distribution Générale de Nourriture : suffisante (2.100 Kcal), régulière et équilibrée • Blanket feeding pour les groupes vulnérables • Améliorer l'accès aux soins <ul style="list-style-type: none"> - Détection rapide des cas - Contrôler les épidémies - Traiter les malades • Améliorer l'accès à une quantité suffisante d'eau de bonne qualité

Maladies transmissibles de relative importance dans les situations d'urgence

Maladies	Seuil épidémique → investigation immédiate
Rougeole	1 cas (<i>en milieu fermé</i>)
Choléra	1 cas
Fièvre jaune	1 cas
Fièvre hémorragique virale	1 cas
Peste	1 cas
Typhus	1 cas
Fièvres récurrentes	1 cas
Méningite à méningocoque (A, C, W135)	<p>< 30.000 habitants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doublement du nombre de cas sur une période de 3 semaines ou - 5 cas en une semaine <p>> 30.000 habitants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 cas/100.000 habitants/semaine et dans les zones à haut risque sans épidémie depuis 5 ans - 10 cas/100.000 habitants/semaine
Seuil d'alerte → investigation immédiate	
Coqueluche	1 cas
Typhoïde	1 cas de perforation intestinale
Dysenterie - Shigellose type A (Sd1)	1 décès
Leishmaniose cutanée ou viscérale	1 cas
Trypanosomiase	1 cas
Schistosomiase urinaire	1 cas
Malaria	<p>Nombre excessif de cas comparativement à l'expérience antérieure selon le lieu, la période et la population → comparaison de l'incidence de la maladie avec une incidence précédente à une même époque de l'année et dans la même population, ce qui n'est généralement pas possible avec une population réfugiée/déplacée.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Doublement du nombre de cas sur une période de 3 semaines</p>
Hépatite A et E	
Tétanos néo-natal	
Tétanos lors de catastrophes naturelles	
Conjonctivite	
Gale	

8. SYSTEME DE SURVEILLANCE SANITAIRE

INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES EN URGENCE

Elements d'un indicateur épidémiologique

Temps	Quand	<ul style="list-style-type: none">• Moment, période• Année, mois, semaine,...• Saison
Lieu	Où	<ul style="list-style-type: none">• Etat, district, ville,...• Topographie, climat, habitat,...• Environnement (école, centre de santé, bidonville,...)
Personne	Qui	<ul style="list-style-type: none">• Individus, population, groupe à risque• Age, sexe, ethnie,...• Autres caractéristiques socio-démographique ou cliniques

MORTALITE

Importance de la mesure de la mortalité

- Magnitude du désastre
- Causes de la mortalité → priorités pour les interventions
- Follow-up de la tendance → adapter les interventions en conséquence
- Lobbying ou témoignage

Taux brut de mortalité - valeurs de cut-off en situation d'urgence

Phases	Taux de mortalité brut (morts/10.000 pop/jour)	Taux de mortalité < 5 ans (morts/10.000/< 5 ans/jour)
Taux normal dans les pays en développement	0.3 – 0.5	0.6 – 1.0
Situation sous contrôles	< 1.0	< 2.0
Urgence	> 1.0	> 2.0
Situation hors contrôle	> 2.0	> 4.0
Catastrophe majeure	> 5.0	>10.0

Comment calculer le taux de mortalité

<p>Prospective</p> <p>→ <i>Obligatoire : système de surveillance sanitaire</i></p>	<p>Système de surveillance de la mortalité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les décès intervenant dans la communautés sont enregistrés • information obtenues : <ul style="list-style-type: none"> - de la communauté : cimetières, leaders, ASC,... - des structures de santé (attention au double comptage : communauté + centre de santé)
<p>Rétrospective</p> <p>→ <i>Si pas de données antérieures disponibles</i></p>	<p>Enquête de mortalité : chaque chef de famille est interviewé sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • combien de personnes vivent dans la famille • combien de personnes sont mortes pendant la période d'étude • cause du décès

Indicateurs

	Communauté	Centre de santé
Mortalité	<ul style="list-style-type: none"> • Taux brut de mortalité • Taux de mortalité < 5 ans • Taux de mortalité spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité proportionnelle • Taux de létalité

Taux brut de mortalité	$\frac{D}{N} \times \frac{10.000}{SP}$ <p><i>D = nombre de morts pendant la période étudiée</i> <i>N = population totale + la moitié du nombre total de morts</i> <i>SP = période étudiée exprimée en jours</i></p>
Taux de mortalité < 5 ans	$\frac{D < 5 \text{ ans}}{N < 5 \text{ ans}} \times \frac{10.000}{SP}$
Taux de mortalité spécifique	<p>Par jour ou par semaine :</p> $\frac{\text{nombre de morts suite à une maladie spécifique}}{10.000 \text{ personnes}}$
Mortalité proportionnelle	$\frac{\text{morts dus à une pathologie spécifique}}{\text{total des morts toutes causes confondues}}$
Taux de létalité	<p>Indicateur crucial pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virulence d'une pathologie • Qualité des soins • Accès/recours rapide au traitement $\frac{\text{morts dus à une pathologie spécifique}}{\text{total des cas de cette pathologie}}$

MORBIDITE

Indicateurs

	Communauté	Centre de santé
Morbidité	<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence • Incidence • Taux d'attaque 	<ul style="list-style-type: none"> • Morbidité proportionnelle

Prévalence	<p>Proportion de personnes dans une population qui ont une maladie spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À un moment déterminé dans le temps • Sur une période de temps déterminée <p style="text-align: center;"><u>Nombre de personnes qui présentent la maladie</u> population à risque</p> <p>! Population à risque : qui est à risque ? (ex. cancer de la prostate)</p>
Incidence	<p>Nouveaux cas d'une pathologie par unité de temps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure la vitesse à laquelle une maladie apparaît et se développe dans une population pendant une période de temps déterminée • Indicateur fondamental pour monitorer une épidémie (incidence par jour, par semaine) <p style="text-align: center;"><u>nouveaux cas</u> x <u>unité</u> population à risque période de temps</p>
Taux d'attaque	<p>Incidence cumulée pendant une épidémie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure la proportion de population affectée par une épidémie jusqu'au moment présent <p style="text-align: center;"><u>nouveaux cas depuis le début de l'épidémie</u> population à risque depuis le début de l'épidémie</p>
Morbidité proportionnelle	<p style="text-align: center;"><u>consultations/admissions du à une maladie</u> total consultations/admission</p>

DEMOGRAPHIE

Répartition standard de la population par âge et par sexe d'un pays en développement

Ces données sont indicatives. Elles peuvent être utiles dans le début d'une urgence (*pour calculer les besoins selon la population cible d'une campagne de vaccination par exemple*) mais doivent **être adaptées aussitôt que possible à la réalité du contexte** dans lequel vous travaillez (*dans les situations de conflit, par exemple, les hommes sous-sont représentés car ils sont souvent les premières victimes... tandis que dans une famine, ce sont les enfants de moins de 5 ans qui seront les premières victimes...*). Par ailleurs, s'il y a une différence significative entre les chiffres que vous récoltés sur le terrain et cette répartition standard, vous devriez essayer de comprendre pourquoi (*ex. si peu d'enfants de moins de 5 ans... où sont ils ? morts, toujours dans le village d'origine,...* ?)

Enfants < 5		Données utiles pour les campagnes de vaccination	
0 à 11 mois	3,74 %	0 à 6 mois	1,90 %
12 à 23 mois	3,57 %	6 à 8 mois	0,93 %
24 à 35 mois	3,40 %	9 à 59 mois	14,17 %
36 à 47 mois	3,23 %	5 à 12 ans	22 %
48 à 59 mois	3,06 %	6 mois à 12 ans	37,1 %
Total enfants < 5 ans : 17 %		6 mois à 15 ans	43 %
		6 mois à 30 ans	70,6 %

Population totale	
< 5 ans	17 %
5 à 14 ans	28 %
15 à 44 ans	42,9 %
≥ 45 ans	12,1 %
Population totale : 100 %	

Répartition par sexe	
Total femmes	50 %
Total hommes	50 %

Femmes enceintes	
Femmes en âge de fertilité	47 %
Taux moyen de fertilité/femme	18 %
Total femmes enceintes = Population totale x 0,50 x 0,47 x 0,18 (soit +/- 4,5 % de la pop. totale)	

9. RESSOURCES HUMAINES

Déterminer les besoins en ressources humaines

1. Faire la liste des activités à mettre en oeuvre (= les priorités)
2. Définir les tâches à accomplir pour chaque activité et la population cible pour chaque activité
3. Identifier les différentes catégories de personnel nécessaire pour exécuter ces tâches
 - ➔ Le nombre de personnel nécessaire peut alors être calculé en se basant sur la charge de travail estimée qui dépendra de la population cible et du temps nécessaire pour exécuter chaque tâche.

Gestion du personnel

Importance de :

- Bien expliquer ce qu'est MSF (la charte), les objectifs dans le pays et les activités
- Job-descriptions pour chaque catégorie de personnel (*job-descriptions standards adaptés au contexte*)
- Organigramme pour chaque structure (hôpital, centre de santé,...).
- Politique de gestion du personnel (horaire de travail, congés, échelle salariale,...)
- Conditions de travail adéquates et garanties pour chaque travailleur :
 - Eviter les horaires trop lourds (risque élevé que le personnel soit rapidement « burned out » dans la phase d'urgence)
 - Imposer 1jour de repos/semaine au moins
 - Fournir un logement adéquat au personnel non-résident dans la région
 - Fournir vaccination et prophylaxie
 - Fournir des vêtements de protection et des outils/instruments appropriés
 - Dans des conditions particulièrement stressantes, le counselling et un soutien rapproché du personnel peut être nécessaire
- Formation permanente sur le terrain et supervision rapprochée
- Réunions régulières (min. 1/semaine) pour avoir de bons échanges d'information et donner au personnel un feed-back sur les activités en cours
- Sécurité : être conscient que dans certaines circonstances le personnel national peut être exposé à des risques plus importants que les expatriés

Recrutement de personnel national

Personnel provenant de la population résidente

Avantages :

- Réduit le risque de tension entre les 2 populations, la présence des réfugiés apportant des possibilités d'emploi pour la population résidente.
- Plus de chance de trouver du personnel qualifié parmi la population résidente que parmi la population réfugiée
- Le personnel provenant de la population résidente sera moins sujet aux pressions des réfugiés

Désavantages :

- Drainer le personnel national compétent des structures de santé existantes.

Personnel provenant de la population réfugiée

Avantages :

- Familier avec la culture et le langage de leur communauté → à préférer pour les services communautaires : construction et entretien des latrines, équipes mobiles nutrition,...
- Opportunité pour eux d'acquérir de nouvelles compétences

☞ Certaines catégories de personnel doivent toujours être remplies par des réfugiés/déplacés :
home-visiteurs, accoucheuses traditionnelles

Désavantages :

Employer des réfugiés n'est pas toujours facile :

- Le statut légal des réfugiés doit être vérifié sachant que l'accès à des emplois légaux leur est généralement refusé par le pays hôte.
- Leur qualification peut ne pas être reconnue dans le pays d'accueil ; par ailleurs, les diplômes et certificats ont souvent été perdus pendant la fuite.
- Le paiement des travailleurs réfugiés est sujet à débat. Le HCR recommande de ne pas payer pour les services communautaires ; mais l'expérience a démontré que la plupart des réfugiés ne travailleront pas de manière régulière sans une forme de rémunération.

Equilibre des sexes

Veiller à avoir un ratio de 50% de femmes tant dans le domaine médical que non-médical. Dans certains secteurs ce ratio sera plus élevé : consultations pré-natales, centres nutritionnels, home visiteurs et agents de santé communautaire.

Equilibre ethnique

Veiller à maintenir un équilibre entre les différents groupes ethniques représentés parmi le personnel. (Dans certains cas cela peut être particulièrement important).

10. COORDINATION

Sans bonne coordination, tout programme d'assistance devient rapidement un désastre !

Objectifs principaux

Avoir le plus grand impact possible sur la situation. Pour atteindre ce but il faut :

- Etablir un clair leadership
- Mettre en place une équipe de coordination
- S'assurer que les priorités et des objectifs clairs sont partagés par tous les acteurs et les différents niveaux au sein de l'organisation
- S'assurer que tous les besoins sont couverts via une bonne distribution des tâches (éviter les chevauchements et les lacunes).
- Utiliser des standards communs (*qui peuvent ensuite être mieux adaptés à la situation après la phase d'urgence*)

Avec qui ?

- Autorités du pays d'accueil
- Représentants des réfugiés
- UNHCR, et autres agences UN
- Autres ONG (nationales et internationales)
- Interne (au sein de l'organisation MSF)

Quand ?

Dès la première minute...jusqu'à la fin de l'intervention, et ce de manière très régulière.

Comment ?

En mettant en place un bon circuit de communication.

Même si des contacts informels et une bonne coopération existent, ce n'est pas suffisant pour prendre des décisions et avoir une coordination efficace → la communication devrait être établie et formalisée, principalement par des réunions et des rapports réguliers.

Problème habituel

Il y a généralement un certain délai avant que quelqu'un ne prenne l'initiative et la responsabilité de coordonner.

➔ Si l'initiative n'a pas été prise par le HCR ou les autorités du pays d'accueil, les organisations humanitaires doivent mettre en place une équipe de coordination et, si nécessaire, assumer le leadership.

11. SECURITE

Le niveau de sécurité

- Influence l'accès à la nourriture, à l'eau, au bois de chauffage,... et donc sur la santé en général
- Donne des indications sur les besoins en intervention spécifiquement ciblées (santé mentale, soins aux victimes de violences sexuelles, chirurgie de guerre, protection, témoignage, ...)

Objectif

- Evaluer l'exposition à des facteurs de risque qui représentent une menace pour la sécurité et la santé de la population affectée
- Mettre en oeuvre des activités ciblées pour soulager les souffrances

Indicateurs

Nombre d'incidents violents rapportés (<i>viols, coups, vols, attaques violentes, coups de feu,...</i>)	Rapports de la communauté, interview de personnes clé, focus groupes,...
Pourcentage de consultations liées à un incident violent	Registres des structures de santé
% de décès dus à la violence	Enquête de mortalité et surveillance prospective de la mortalité

Temps	Quand	<ul style="list-style-type: none"> • Avant le déplacement, pendant le déplacement ou depuis l'arrivée • A quel moment de la journée,...
Lieu	Où	<ul style="list-style-type: none"> • A la maison ou hors de la maison • Si à l'extérieur, où ?
Personne	Qui est agressé	<ul style="list-style-type: none"> • Individus • Groupe d'individus à cause de leur ethnicité, leur sexe, leur religion,...
	Qui agresse	<ul style="list-style-type: none"> • Civil ou non civil • Connu ou inconnu,...
Comment	Type de violence	Médical <ul style="list-style-type: none"> • Type de lésion • Cause de la lésion (viol, coup de feu, mine,...)
		Légal <ul style="list-style-type: none"> • Violation des Droits de l'Homme (meurtre, viol, détention illégale,...) • Violation du Droit Humanitaire <ul style="list-style-type: none"> - qui affecte la population civile (attaque indiscriminée sur la population civile,...) - qui empêche la population d'avoir accès à l'assistance humanitaire (blocage des convois, attaque des hôpitaux,...).
Pourquoi		<ul style="list-style-type: none"> • Manque de protection par les autorités, les agences UN,... • Manque de sécurité du site : <ul style="list-style-type: none"> - Présence de mines ou UXO dans les environs - Présence d'un camp militaire dans les environs, - Près de la frontière où il y a toujours des conflits,... • Pas d'accès sécurisé aux besoins vitaux (eau, bois de chauffage,...) • Violence domestique,...

12. SANTE MENTALE

Ne pas oublier que :

Etre une personne réfugiée/déplacée signifie aussi :

- Avoir du fuir pour sauver sa vie,
- Avoir quitté ou perdu sa famille, ses amis, ses voisins, sa maison...
- Avoir subi ou avoir été témoin de violence, injustice,...

Si dans la première phase d'urgence les actions vont viser avant tout à répondre aux besoins immédiats essentiels à la survie de la population (soins médicaux, eau et nourriture, abris,.....), **on ne devra jamais oublier le stress, les souffrances morales, les traumatismes psychologiques** qui s'ajoutent à la précarité de la situation.

☞ **Les soins de santé mentale doivent toujours être intégrés dans les consultations médicales**

Ce que vous pouvez faire même s'il n'y a pas de psychologue

Ne sous-estimer jamais l'intensité émotionnelle de la situation vécue sous prétexte que culturellement cette population est habituée à la souffrance, la faim, la mort...

Recrutement du personnel	<ul style="list-style-type: none">- Avoir des consultants hommes et femmes, étant donné que pour certaines personnes il n'est pas possible de parler de leurs préoccupations et d'exprimer leurs sentiments à une personne du sexe opposé
Formation du personnel	<ul style="list-style-type: none">- Informer le personnel sur les réactions psychologiques et/ou psychosomatiques possibles après un événement traumatique. N'oubliez pas d'inclure les "home visiteurs" aux sessions d'information puisqu'ils sont en première ligne pour entendre et/ou sentir les besoins de la population
Prendre soin du staff	<ul style="list-style-type: none">- N'oubliez pas que votre personnel, en tout ou en partie, fait partie de la population : ayez un lieu d'échange où vous pourrez entendre et prévoir les difficultés émotionnelles à effectuer le travail requis
Pendant les consultations	<ul style="list-style-type: none">- Importance de la qualité de l'accueil et de l'attention accordée. Chaque patient a besoin de se sentir écouté...et leur donner quelques minutes de plus pour s'exprimer fait la différence.- Ne renvoyez pas à la maison des personnes qui viennent à la consultation plusieurs fois sur une courte période de temps sans raison apparente... le besoin d'être entendu est évident et peut indiquer que la souffrance est émotionnelle plutôt que somatique → Expliquez le lien entre les expériences de vie difficiles, le stress et la souffrance psychologique et les réactions somatiques.- Evitez de prescrire des anxiolytiques et des somnifères pour les réactions de stress aigu. Ne le faites que si les symptômes persistent.
Lorsque vous analysez vos données	<ul style="list-style-type: none">- Vérifier le pourcentage de consultations classifiées comme "Autres" dans les registres médicaux...un pourcentage élevé requiert que vous vérifiiez plus en détail la nature de ces consultations- Vérifier s'il y a une sur-consommation d'analgésiques, de tranquillisants ou d'anti-acides gastriques

Toutefois, dans certaines circonstances, l'aide d'un psychologue peut s'avérer nécessaire. N'hésitez pas à :

- Voir s'il n'y a pas d'autres ONG offrant des soins psychosociaux
- Demander au siège d'envoyer un agent en santé mentale pour évaluer la situation et définir un plan d'action

Réactions possible à l'évènement traumatique

Réactions immédiates <i>(Jusqu'à 72 heures)</i> → Phase aiguë	Réactions post-immédiates <i>(Jusqu'à 3 mois)</i> → Période d'assimilation	Réactions chroniques <i>(Après 3 mois)</i>
<p style="text-align: center;">Stress normal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaction immédiate d'alarme - Symptômes physiologiques, moteurs et cognitifs: tachycardie, sudation, hyperactivité, sentiment de détresse, agressivité <p style="text-align: center;">Réactions de stress aigu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitation désordonnée, agitation, fuite panique - Crise émotionnelle - Incapacité de réagir, paralysie, sidération 	<p style="text-align: center;">Stress aigu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reviviscences : pensées et images intrusives - Evitement des stimuli associés au trauma : pensées, personnes, lieux, activités - Réactions anxieuses - Symptômes de dissociation 	<p style="text-align: center;">Stress Post-Traumatique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reviviscences constantes : pensées et images intrusives - Evitement persistant des stimuli associés au trauma : pensées, personnes, lieux, activités - Vigilance accrue : hypervigilance, difficulté de se concentrer, irritabilité, difficulté d'endormissement,... <p style="text-align: center;">Troubles associés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiété et dépression - Troubles du comportement - Troubles somatiques - Plaintes fonctionnelles - Troubles psychotiques

Besoins psycho-sociaux pendant la phase d'urgence (*déplacement – réinstallation*)

Besoins de base	- Nourriture, eau, abri, aide médicale ainsi que protection et sécurité
Information	- Qu'est-ce qu'il s'est passé, est-ce que cela va encore se produire, où sont les membres de la famille, les amis, que leur est-il arrivé, quelles actions ont été entreprises, quelle assistance est fournie, par qui, où... - L'accès à l'information diminue une source inutile d'anxiété (ainsi que les rumeurs) et de détresse en rétablissant un certain sens de contrôle mental
Prendre soin des morts	- Identification des corps, enterrements dans des conditions correctes, cérémonies funéraires
Contacts sociaux	- Renforcer le réseau social pour le soutien, garder les familles ensemble, faciliter l'accès des personnes isolées aux activités, au réseau social
Participation	- Impliquer les bénéficiaires dans les décisions concernant les stratégies d'assistance et de soins, Les stimuler à participer aux activités de soutien menées pour leur communauté. Cela les aidera à retrouver un sentiment de contrôle sur la situation.
Soutien émotionnel	- Premiers soins psychologiques : soins pragmatiques, non intrusifs focalisés sur l'écoute sans forcer à parler, tout en évaluant les besoins, en s'assurant que les besoins de base sont couverts, et en encourageant à s'entourer de personnes proches
Reconnaissance	- Reconnaître ce qu'ils ont subi, leur souffrance avec respect et empathie

13. PROTECTION

Qu'est-ce que la protection ?

Protéger, c'est reconnaître que les individus ont des droits et que les autorités qui exercent leur pouvoir sur eux ont des obligations. C'est défendre l'existence légale des personnes protégées en même temps que leur existence biologique. C'est rajouter dans la chaîne des secours le maillon de la responsabilité juridique, seul véritable garant de la survie des individus.

La protection s'entend donc de toutes les mesures concrètes qui permettent de faire bénéficier les personnes en danger des droits et des secours prévus pour elles par les conventions internationales.

Dans chaque cas, les actions de secours doivent s'appuyer sur les droits prévus au profit de personnes protégées et les défendre de façon concrète. A défaut, les actions de secours contribuent au contraire à affaiblir le cadre de protection juridique international prévu au profit des personnes en danger.

Dans les situations de conflit, les organisations humanitaires ne doivent pas séparer assistance et protection dans leurs actions de secours. **Ces organisations doivent respecter les droits garantis aux victimes par le droit humanitaire, et rendre compte des violations de ce droit rencontrées dans l'exercice de leur mission.**

Un réfugié est :

Convention de Genève - 1951

Toute personne se trouvant hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays en raison de :

- Une crainte fondée d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques

Convention de l'Organisation de l'Unité Africaine - 1969⁹

Toute personne qui est obligée de quitter sa résidence habituelle pour chercher refuge dans un autre endroit à l'extérieur de son pays d'origine ou du pays dont elle a la nationalité en raison de :

- Une agression, une occupation extérieure, une domination étrangère ou des événements troublant gravement l'ordre public dans une partie ou la totalité de son pays d'origine ou du pays dont elle a la nationalité.

Le fait qu'une personne soit réfugiée ou non ne dépend pas d'une reconnaissance formelle, mais sur le fait de rencontrer la définition de réfugié.

! MSF sert chacun selon les besoins (pas selon la catégorie) et n'a aucun intérêt, expertise légale ni mandat pour pouvoir déterminer si un individu remplit les conditions pour être réfugié. Parfois nous pouvons toutefois intervenir pour s'assurer que les gens ont droit à la détermination et ainsi à la protection du statut de réfugié.

Une personne déplacée est :

Une personne qui a été forcée de fuir sa maison ou lieu habituel de résidence

En raison de ou pour éviter les effets d'un conflit armé, une situation de violence généralisée, des violations des droits de l'homme ou un désastre naturel ou créé par l'homme.

Et

Qui n'a pas franchi une frontière reconnue internationalement.

⁹ Régit les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique

En quoi réfugiés et déplacés sont-ils différents ?

Virtuellement tous les réfugiés sont des déplacés avant de devenir réfugiés, et il y a beaucoup de similitudes entre la situation de réfugié et déplacé.

Similitudes

- Les causes du déplacement sont les mêmes
- Leur protection nationale est inefficace ou indisponible
- Ils doivent être protégés contre la violence, les abus et les dangers qui menacent leur vie
- Ils peuvent avoir besoin de l'aide humanitaire pour leur survie et ils auront besoin d'aide pour retourner chez eux dans la sécurité et la dignité, ou pour trouver une autre solution durable à leur déplacement.

Différences

- Les déplacés n'ont pas franchi une frontière internationale
- Les lois protégeant les réfugiés ne s'appliquent pas aux déplacés. Le système juridique de protection des déplacés est principalement basé sur les droits de l'homme et le droit humanitaire.
- En théorie, on présume que les déplacés sont toujours sous la protection nationale fournie par leur gouvernement. Comme tous les ressortissants, ils sont en droit d'attendre que leurs « droits de l'homme » soient respectés et protégés par les lois nationales. En pratique, la souveraineté d'Etat et l'insécurité, qui règne souvent dans les pays où il y a des déplacés, limitent l'accès aux déplacés et rend l'extension de la protection internationale aux déplacés plus difficile.
- Les déplacés n'ont pas d'agence internationale spécialement mandatée pour leur fournir une protection internationale

Qui est mandaté pour quoi ?

ETATS	La protection des réfugiés et IDPs est principalement la responsabilité des gouvernements. <i>N.B. Les gouvernements sont responsables de respecter et faire respecter les droits de l'homme de toutes les personnes dans leurs limites territoriales, y compris leurs ressortissants, mais également les réfugiés, les déplacés et immigrés sans papiers.</i>
UNHCR	L'UNHCR est mandaté par l'ONU pour fournir la protection et l'aide internationales aux réfugiés et rechercher des solutions durables à leurs problèmes. Dans certaines situations ad hoc, et sous plusieurs conditions, l'UNHCR peut être mandaté pour assurer la protection des personnes déplacées
OCHA	OCHA, organe de l'ONU, a pour mandat de coordonner l'assistance des Nations Unies lorsque les crises dépassent les moyens et le mandat individuel de toute agence des Nations Unies.. Cet organe a aussi pour mandat (via son « Emergency Relief Coordinator ») de s'assurer que toutes les questions humanitaires, y compris celles qui n'entrent pas dans les mandats existants des agences, tel que la protection et l'aide aux déplacés, soient adressées.
CICR	Le CICR fournit protection et assistance à toutes les victimes de conflits armés internationaux et non-internationaux, militaires et civils, et de ce fait les personnes déplacées sont un groupe cible principal pour les interventions humanitaires du CICR.

Comment MSF peut améliorer la protection des réfugiés/déplacés ?

1. Par notre présence et notre opérationnalité

Etre présent dans les camps et avoir des contacts directs avec le réfugiés/déplacés :

- La seule présence du personnel international peut aider à empêcher des abus - plus activement, à travers nos contacts directs et réguliers avec la communauté réfugiée/déplacée, nous sommes en mesure d'améliorer la protection des réfugiés/déplacés.

Prendre en compte la protection dans nos programmes :

- Dans certaines circonstances nos activités peuvent devenir une source de danger ou menace pour les réfugiés/déplacés. Est-ce que les effets négatifs potentiels de l'assistance humanitaire sur la protection ont été pris en compte ?
- MSF se soucie-t-il autant de la sécurité physique des bénéficiaires que des besoins en nourriture, abris et soins médicaux ?
- Sommes-nous conscient de ce qu'il se passe en notre absence (la nuit,...) ?
- Savons-nous réellement ce qu'il se passe dans les camps de réfugiés/déplacés ?
- Les personnes en charge de la protection dans les camps ne profitent-elles pas de leur position pour perpétrer certaines violations ?
- Avons-nous pris en compte les besoins spécifiques des différents groupes vulnérables ?

2. En s'adressant aux acteurs responsables du sort des réfugiés

Collecter et analyser les informations sur les abus.

Adresser les problèmes de protection aux acteurs responsables de la protection (Etats, Agences UN,...).

Les inviter à prendre leurs responsabilités.

3. Par la sensibilisation/communication

Sensibiliser/communiquer sur les crises oubliées peut parfois être un outil de protection

Principales questions à se poser lorsque vous travaillez avec des réfugiés

- Les frontières sont-elles ouvertes pour les réfugiés ?
- Les personnes sont-elles protégées contre le refoulement¹⁰ et l'expulsion¹¹ ?
- Les personnes sont-elles traitées selon les standards minimum d'assistance humanitaire ?
- Avons-nous assez d'attention pour les groupes vulnérables ?
- Les réfugiés sont-ils enregistrés et reçoivent-ils des papiers d'identification ?
- Les personnes ont-elles accès à la procédure de détermination du statut de réfugié ?
- Les camps sont-ils sûrs ?
- Le HCR est-il présent sur le terrain ?
- Quelles solutions durables sont prévues ?
 - Si rapatriation, s'agit-il réellement d'un rapatriement volontaire ?
 - L'aide humanitaire est-elle utilisée pour influencer les réfugiés à rester ou à rentrer chez eux ?

¹⁰ **Refoulement** : mesure qui consiste à interdire, à la frontière, l'entrée sur le territoire national à un étranger qui n'y est pas déjà régulièrement installé.

¹¹ **Expulsion** : mesure par laquelle les autorités d'un Etat interdisent à un individu présent sur le territoire national la poursuite de son séjour et procèdent à sa reconduite aux frontières ou au renvoi dans son pays d'origine.

14. TEMOIGNAGE

10 Points sur la collecte d'informations de manière « éthique et sans danger » afin d'éviter d'infliger davantage de souffrances aux patients et bénéficiaires.

Confidentialité des données médicales

La confidentialité des informations médicales est un principe fondamental de l'éthique médicale

- Le personnel médical MSF ne doit pas répondre aux demandes – même venant d'autres membres MSF – de partage d'informations médicales ni de montrer des patients.
- Le personnel médical peut fournir des statistiques, des tendances, ou une information générale sur les conséquences humanitaire d'un contexte particulier ; ou leur appréciation personnelle des faits.

Identité des bénéficiaires

L'identité des personnes auprès desquelles nous avons collecté de l'information devrait toujours être protégée.

- Lorsque nous menons des interviews nous devons toujours éviter de collecter de l'information qui permet d'identifier la personne interviewée.
- L'utilisation de faux noms ou d'initiales est une bonne solution. D'autres informations qui pourraient mener à l'identification de la victime (*ex. nom du village d'origine*) peuvent être décrites en termes plus généraux (*ex. un village dans le Nord*).

Consentement éclairé

L'interviewer doit informer la personne interviewée sur :

- Qui il/elle est; pourquoi MSF veut faire une interview; ce que nous comptons faire avec cette information; le droit de mettre fin à l'interview à tout moment, de ne pas répondre à certaines questions et de demander que certaines informations ne soient pas rendues publiques.
- Que les soins médicaux ne sont pas conditionnés à la participation à l'interview.

Sécurité

Les personnes qui ont le plus à raconter sont souvent celles aussi qui ont le plus besoin de protection...

Lors du recueil de témoignage il convient de prendre toutes les mesures possibles pour éviter de faire courir des risques supplémentaires à la personne, sa famille et/ou sa communauté:

- Evaluer au mieux les risques liés à l'interview des personnes vivant dans une communauté donnée, bien choisir le traducteur et le lieu de l'interview, et prendre les bonnes décisions quant à l'utilisation (ou non) des informations.
- Même si une personne accepte de partager son expérience, l'interview ne doit pas avoir lieu ou doit être stoppée si l'interviewer a des craintes concernant la sécurité en raison de l'interview elle-même ou de la nature des informations qui ont été communiquées.

Vulnérabilité

“Demander à quelqu'un d'évoquer des événements effrayants, humiliants et douloureux peut provoquer ou augmenter un sentiment d'anxiété. Cette souffrance ne se manifeste pas uniquement pendant l'interview, elle peut aussi apparaître plus tard”

- Interviewer des victimes directes de violence ne devraient être mené que dans des circonstances exceptionnelles, et cette tâche sera réservée aux enquêteurs spécialisés, qui doivent alors suivre une méthodologie de recherche précise.

Abus d'interviews

La recherche d'information doit s'inscrire dans une stratégie soigneusement définie, que ce soit pour les opérations, pour la communication ou le lobbying. De plus, les moyens et la méthodologie ne doivent pas être disproportionnés par rapport à l'utilisation que nous voulons ou pouvons faire des informations recueillies.

- Seules des circonstances exceptionnelles justifient les interviews et enquêtes systématiques auprès des patients et bénéficiaires.

Victimes de violences sexuelles

- Les violences sexuelles devraient seulement être abordées avec des femmes d'une communauté donnée si nous sommes en mesure d'offrir des soins médicaux, nous même ou via une autre organisation.
- Quand il n'y a pas de programme médical en place, afin d'avoir une meilleure compréhension du problème des violences sexuelles dans un contexte donné, nous pouvons interroger du personnel national, des groupes de femmes, des enseignants,...

Soutien légal des victimes et témoins

Offrir de l'assistance de la mauvaise manière ou au mauvais moment peut avoir des effets inverses et faire plus de mal que de bien.

- Par respect pour la confidentialité et le libre consentement, des cas individuels ne doivent pas être rapportés aux autorités nationales ou aux organisations internationales comme le CICR ou le HCR sans le consentement de la personne.
- Vous pouvez informer les bénéficiaires sur les possibilités et leurs droits. Mais avant de faire cela, soyez certains d'être correctement informés vous-même.

Santé mentale

Les dossiers de santé mentale sont tout aussi confidentiels que les dossiers médicaux.

La rupture de la confidentialité est non-éthique et peut miner le rapport de confiance qui est fondamental lors des consultations.

Témoignage et Cours de Justice Internationale

Dans certains cas, la publication des récits de victimes ou témoins peut mener à une situation où ces personnes sont obligées de témoigner devant les tribunaux.

- Afin d'éviter que des personnes soient obligées de témoigner devant des tribunaux contre leur volonté, MSF a décidé, comme politique générale, de ne transmettre aux tribunaux internationaux que des rapports de victimes, écrits ou autres, dont tous les noms et autres moyens d'identification ont été enlevés.
- De plus, MSF n'enverra jamais de liste de noms de témoins potentiels aux tribunaux, ni les noms de victimes, expatriés ou personnel national.

N.B. Si vous voulez mener des interviews parce que vous pensez que c'est nécessaire (pour les opérations, la communication ou le lobbying) mais que vous n'êtes pas à l'aise sur « comment le faire », n'hésitez pas à contacter la « Analysis & Advocacy Unit » à Bruxelles. Elles seront très heureuses de vous aider.

PROXIMITE

OU

L'ART DE BOIRE UNE TASSE DE THE

Combien de fois buvez-vous une tasse de thé¹²/ mois avec les réfugiés/déplacés, avec la population locale, les autorités locales,....

Jamais	<p>Vous pouvez avoir fait une bonne évaluation, collecté plein de données, indicateurs,... Vous ne connaissez toujours rien du contexte, et surtout des personnes avec lesquelles vous travaillez. Elles ne connaissent non plus pas grand chose de vous....</p> <p>De plus, vous devriez savoir que refuser l'hospitalité peut être considéré comme une offense !</p>
1 fois	<p>Super, vous l'avez fait ! J'espère que vous avez apprécié ce moment...et découvert que les gens étaient beaucoup plus loquaces une fois que vous aviez accepté leur hospitalité. Pas de miracle ; en agissant de la sorte vous les avez promu au statut de « sujet » (<i>des personnes qui peuvent donner et recevoir</i>) au lieu du statut « d'objet de soins » (<i>des personnes totalement dépendantes de votre aide</i>) !</p> <p>Ceci dit, vous devriez savoir que dans beaucoup de pays (surtout les pays à culture musulmane), vous devez boire au moins 3 tasses de thé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La première est dure comme la vie - La deuxième, douce comme l'amour - La troisième, amer comme la mort !
$\geq 2 \leq 10$	<p>Excellent : vous acceptez l'hospitalité, créant ainsi des liens avec les personnes avec lesquelles vous travaillez et découvrant leurs réelles conditions de vie... mais vous pouvez aussi garder une certaine distance afin d'avoir une vision plus "scientifique" de la situation, collectant des données et indicateurs...et prenant le temps d'analyser tout cela !</p>
> 10	<p>Vous avez certainement une maîtrise dans l'art de boire une tasse de thé...</p> <p>Mais...</p> <p>Ce n'est pas une raison pour oublier de collecter des données et indicateurs...ils sont aussi essentiels pour comprendre et analyser la situation !</p>

Vous pensez que c'est une blague ? Pas du tout...

Nous avons de plus en plus tendance à rester scotché à notre ordinateur pour faire de beaux rapports...avec des graphiques ou des superbes présentations Powerpoint... alors que la vie « réelle » se passe à l'extérieur. Et quand nous sortons de notre compound bien protégé, c'est pour sauter dans notre Toyota, faire un tour du centre de santé ou de l'hôpital et revenir dans le doux confort de notre compound avec les données que nous avons collecté.

S'il est important, et même essentiel, de collecter des données, calculer des indicateurs et analyser la situation selon ces éléments scientifiques, il est aussi très important d'utiliser l'outil le plus subjectif que vous avez toujours avec vous : vos yeux et vos oreilles.

N'hésitez pas à aller faire un tour, visiter le marché et les endroits où les gens vivent, écouter les gens, expliquer qui vous êtes et pourquoi vous êtes là, ...et boire une tasse de thé ! Vous récolterez ainsi plein d'information utile et découvrirez la réalité cachée derrière les chiffres mais vous créerez aussi un lien avec la population qui ne vous percevra plus comme un « extra-terrestre ». A présent, s'ils ont besoin d'aide, ils viendront vers vous,.. et le jour où vous aurez besoin d'eux, ils seront aussi là... parce qu'ils vous connaissent.

¹² Selon le contexte il peut s'agir d'une tasse de café, de lait au beurre de yack, d'un verre de vodka,...

COMMUNICATIONS RADIO –ALPHABET PHONETIQUE

A	Alpha
B	Bravo
C	Charlie
D	Delta
E	Echo
F	Fox-trot
G	Golf
H	Hotel
I	India
J	Juliet
K	Kilo
L	Lima
M	Mike

N	November
O	Oscar
P	Papa
Q	Quebec
R	Romeo
S	Sierra
T	Tango
U	Uniform
V	Victor
W	Whiskey
X	X-Ray
Y	Yankee
Z	Zulu

CHAINE DE FROID

Vaccins¹³	Etape de la chaîne de froid	Températures maximale	Températures minimale
VPO / BCG / Rougeole Fièvre jaune	Toutes	+ 8°C	- 20°C
Hépatite B / DTC	Toutes	+ 8°C	+ 2°C
DT / AT	Transport	+40°C	+ 2°C
DT / AT	Stockage	+ 8°C	+ 2°C
Diluant	Transport	T° Ambiante	0°C
Diluant	Stockage	T° Ambiante	0°C
Diluant	Lieu d'utilisation	Doit être à la même t° que le vaccin	

¹³ VPO = Vaccin Poliomyélite oral, BCG = Vaccin tuberculose, DTC = Diphtérie, tétanos, coqueluche, DT = Diphtérie, tétanos, AT = Tétanos

TABLE DE CONVERSION

<i>Pour convertir de</i>	<i>Vers</i>	<i>Multipliez par</i>
--------------------------	-------------	-----------------------

Longueur		
Yards (1 = 3 ft = 36 inches)	Metres	0,91
Metres (1 = 100 cm)	Yards	1,09
Miles (1 = 1.760 yds)	Kilometres	1,61
Kilometres	Miles	0,62

Surface		
Yards ² (1 = 9 ft ²)	Metres ²	0,83
Metres ² (1 = 10.000 cm ²)	Yards ²	1,19
Acres (1 = 4.840 yds ²)	Hectares	0,41
Hectares (1 = 10.000 m ²)	Acres	2,47
Miles ² (1 = 640 acres)	Kilometres ²	2,59
Kilometres ² (1 = 100 ha)	Miles ²	0,38

Volume		
Pints	Litres	0,56
Litres	Pints	1,76
Gallons (1 = 8 pints)	Litres	4,54
Litres	Gallons	0,22
Metres ³	Yards ³	1,30
Yards ³ (1 = 27 ft ³)	Metres ³	0,76
<i>USA Dry Measure Equivalents</i>		
1 pint	= 0,96 UK pt	= 0,55 litres
<i>USA Liquid Measure Equivalents</i>		
1 pint	= 0,83 UK pt	= 0,47 litres
1 gallon	= 0,83 UK gal	= 3,78 litres

Poids		
Ounces (oz)	Gramme	28,35
Gramme	Ounces	0,035
Pounds (lb, 1 = 16 oz)	Kilos	0,45
Kilos (kg, 1 = 1.000 g)	Pounds	2,20
1 tonne (CWT = 2.240 lb)	Tonne métrique	1,01
Tonne métrique (MT, 1 = 1.000 kg)	Tonne	0,98

Températures		
Centigrade	Fahrenheit	0° C = 32° F Pour les autres t° : multipliez par 1,8 et ajoutez 32
Fahrenheit	Centigrade	Soustrayez 32 et multipliez par 0,56

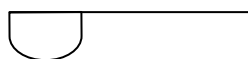
CHECK-LIST AEROPORTS ET PISTES D'ATTERISSAGE

Ou

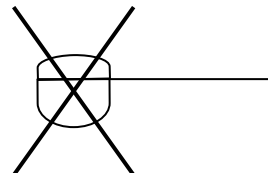
Tout ce que vous devez savoir avant qu'un avion ne puisse se poser sur le terrain

Coordonnées du lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Latitude et longitude + points de référence proches de la piste et visibles d'un avion (lac, pont,...)
Longueur et largeur de la piste	<ul style="list-style-type: none"> • A mesurer en mètre ou en pieds
Orientation de la piste	<ul style="list-style-type: none"> • Ex. Est/Ouest
Altitude de la piste (par rapport au niveau de la mer)	<ul style="list-style-type: none"> • A mesurer avec un altimètre
Espace pour les manœuvres à l'atterrissage et le stationnement	<ul style="list-style-type: none"> • L'avion peut-il tourner à 180° ? L'avion peut-il se garer en laissant la piste libre pour un autre avion ?
Manche à air	<ul style="list-style-type: none"> • Si non disponible, à installer.
Type et épaisseur de la piste	<ul style="list-style-type: none"> • Terre, gravier, ciment...?
Etat de la piste	<ul style="list-style-type: none"> • Inspection visuelle afin de trouver des fissures, de la boue, des pierres, des trous, des nids de poule,... • Circuler sur la piste en voiture ou en camion pour contrôler s'il y a des endroits où les roues de l'avion pourraient se coincer • Evaluer la possibilité de corriger ces problèmes
Pourcentage de l'inclination de la piste, du drainage et de l'absorption de l'eau	<ul style="list-style-type: none"> • Quel sera l'état de la piste après plusieurs pluies ?
Obstacles statiques	<ul style="list-style-type: none"> • Type et position des arbres, lignes électriques, châteaux d'eau,...surtout en départ de piste et sur ses côtés
Obstacles mobiles	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes, animaux,... prendre les mesures nécessaires pour éviter toute situation potentiellement dangereuse
Services disponibles	<ul style="list-style-type: none"> • Tour de contrôle – horaires de travail • Station météorologique • Eclairage de nuit • Personnel de l'aéroport – horaires de travail • Descriptif pour vol aux instruments • Carburant et système d'approvisionnement – quantité, prix/L • Pompiers et service d'aide médicale • Ground Power Unit (Jet Starter) • Equipement pour le chargement et déchargement, type, nombre et capacité en poids (High loader, Forklift,...) • Fréquences radio HF/VHF • Douane/immigration • Entrepôt– type, capacité et état
Autorités aéroportuaires	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts + titres officiels
Accès aérien et contraintes	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure d'obtention du permis d'atterrissage • Taxes diverses (royalties, coût de parking,...)
Autres contacts intéressants	<ul style="list-style-type: none"> • Autres opérateurs utilisant l'aéroport
Accès à l'aéroport	<ul style="list-style-type: none"> • Contraintes d'accès (nécessité d'un 4x4 ?,...) • Sécurité de la route (voleurs, mines, ligne de front,...) • Distance de l'aéroport jusqu'à la destination finale

Cuillère à soupe rase



BIEN



PAS BIEN

Préparation	Utilisation
<p>2 cuillères à soupe / 1 litre préparer une nouvelle solution chaque semaine</p>	<p>Cholera</p> <ul style="list-style-type: none"> → selles, vomissures → cadavres
<p>1 cuillère à soupe / 1 litre préparer une nouvelle solution chaque semaine</p>	<p>Solution mère à diluer <i>(dilution selon les résultats du test modifié de Horrock = test des 4 seaux)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → nettoyage et désinfection de: <ul style="list-style-type: none"> • puits • réservoirs flexibles
<p>5 cuillères à soupe / 10 litres préparer une nouvelle solution chaque 2 jours</p>	<p>Fièvre Virale Hémorragique & Stras</p> <ul style="list-style-type: none"> → main gantées → selles, vomissures, urine, gouttes de fluide corporelle → cadavres
<p>2 cuillères à soupe / 10 litres préparer une nouvelle solution chaque jour</p>	<p>Cholera</p> <ul style="list-style-type: none"> → sols, murs, surfaces, lits, objets, latrines <p>Maladies associées aux rongeurs & poux</p> <ul style="list-style-type: none"> → sols
<p>1 cuillère à soupe / 10 litres préparer une nouvelle solution chaque jour</p>	<p>Désinfection et nettoyage de</p> <ul style="list-style-type: none"> → douches, aires de lavage → containers réutilisables à aiguilles, poubelles pour déchets ordinaires et déchets organiques → poubelles collectives et trous de drainage → citernes, tuyaux, pompes, tuyau d'évacuation, dalles et les alentours des fosses à aiguilles
<p>1 cuillère à soupe / 20 litres préparer une nouvelle solution chaque jour</p>	<p>Cholera</p> <ul style="list-style-type: none"> → main, peau → vêtements, literie, la vaisselle <p>Désinfection et nettoyage de</p> <ul style="list-style-type: none"> → les récipients des filtres à bougies céramique, les réservoirs ouverts, les camions ou charrettes pour le transport des déchets → gants de ménage, tabliers, lunettes de protection, vêtements, literie <p>Nettoyer les parois d'un puit</p>

Lectures Recommandées

N.B. La plupart des livres et documents se trouvent sur le DVD « Mémentos Urgence »

Général

Refugee Health – An Approach to Emergency Situations
MSF – 1997

Field Library Catalogue
MSF - 2011

Evaluation Initiale

Manual for the Assessment of Health and Humanitarian Emergencies
MSF/OCA - 2002

Rapid Health Assessment of Refugee or Displaced Population
Epicentre - MSF 2006

Rapid Population Estimation in Emergency
MSF – 2007

Guidelines for Assessment in Emergencies
ICRC - 2008

Vaccination Rougeole

Conduite à tenir en cas d'épidémie de rougeole
MSF – 1996

Guideline Measles Epidemic
MSF - 05

Mémento Vaccination Rougeole – Situation avec déplacement de population
MSF/OCB Version 1 - 2006

Eau, Hygiène et Assainissement

Public Health Engineering in Precarious Situation
MSF - Draft 2010

Essential Water & Sanitation Requirements for Health Structures
MSF/OCB – 2010

Essential Water & Sanitation Requirements for Camps
MSF/OCB –2010

Health Care Waste Management
CD – Version 1.0 – April 2006

Alimentation et Nutrition

Nutrition Guidelines
MSF – Draft July 2007

Protocole de prise en charge nutritionnelle et médicale : Malnutrition sévère – Phase hospitalière
Enfants de 6 à 59 mois
MSF/OCB – Janvier 2011

Ambulatory Feeding Protocols & Practical Guide
MSF/OCB – Version 2 – June 2010 – Sera traduit en français courant 2011.

Mémento Nutrition – Situation avec déplacement de population
MSF/OCB – Version 3 – 2011

Abris, Site Planning et Non-Food Items

Transitional Settlement – Displaced Population
T. Cornelis – A. Vitale - University of Cambridge – Shelter Project – 2005

Shade Nets
Shelter Centre – MSF - 2006

Plastic Sheeting
Oxfam – 2007

Mémento Abris – Situation avec déplacement de population
MSF/OCB – Version 2 - 2007

Soins de Santé

Guide clinique et thérapeutique
MSF - 2010

Contrôle des maladies transmissibles et épidémies

Control of communicable diseases Manual
David L. Heyman - 2004

Communicable disease control in emergencies – A field manual
WHO - 2005

Ressources Humaines

CD Département RH – Kit Admin
MSF/OCB – 2007

Sécurité

Mémento Prise en charge des victimes de violences sexuelles – Situation avec déplacement de population
MSF – Version 3 - 2011

Santé Mentale

Emergency Mental Health Library
CD MH International Working Group – MSF 2008

Le Trauma : Guide de Prise en Charge Psycho-sociale
MSF/OCB – 2004

Mental Health Guidelines
Psychosocial and Mental Health Intervention in Areas of Mass Violence
MSF/OCA – 2005

Protection - Témoignage

Dictionnaire Pratique du Droit Humanitaire
Françoise Boucher-Saulnier
MSF – 2006

Les 4 Conventions de Genève et les 3 Protocoles additionnels
CICR

Droit International Humanitaire : Réponses à vos questions
CICR - 2003

The Basics Collection

1. Protection des Droits Humains : Le Rôle de MSF – MSF/OCB - 2000
2. Bearing Witness : Strategies and Risks – MSF/OCB - 2001
3. Protection of Refugees – MSF/OCB - 2004
4. MSF and Protection : A Practical Guide – MSF/OCB - 2006

Boîte à Outils

CD Log

MSF/OCB - 2010